

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ MCPHD# \_\_\_\_\_

**Haga un círculo en cualquiera de las siguientes que el paciente haya tenido o tenga actualmente:**

- |                                  |                                    |   |   |   |
|----------------------------------|------------------------------------|---|---|---|
| 1. ADHD/ADD                      | 12. Herpes bucal                   | 23. Soplo cardíaco                      | 33. Enfermedad del hígado                       | 43. Anemia falciforme                     |
| 2. Alcoholismo                   | 13. Medicamento con cortisona      | 24. Marcapasos en el corazón            | 34. Enfermedad pulmonar                         | 44. Rasgos genéticos de anemia falciforme |
| 3. Anemia                        | 14. Diabetes                       | 25. Cirugía de corazón                  | 35. Sudoración nocturna                         | 45. Erupciones cutáneas o urticaria       |
| 4. Artritis                      | 15. Adicción a las drogas          | 26. Hemofilia                           | 36. Osteoporosis                                | 46. Hinchazón de los tobillos             |
| 5. Válvula artificial de corazón | 16. Enfisema                       | 27. Hepatitis                           | 37. Dolor en las articulaciones de la mandíbula | 47. Enfermedad de la tiroides             |
| 6. Asma o fiebre del heno        | 17. Epilepsia o convulsiones       | 28. Herpes                              | 38. Soriasis                                    | 48. Tuberculosis (TB)                     |
| 7. Transfusiones de sangre       | 18. Episodios de desmayos o mareos | 29. Alta presión arterial               | 39. Tratamiento psiquiátrico                    | 49. Enfermedad venérea                    |
| 8. Se amorata fácilmente         | 19. Fiebre                         | 30. Reemplazo de articulación de cadera | 40. Terapia de radiación                        | 50. Pérdida de peso                       |
| 9. Cáncer o tumor                | 20. Glaucoma                       | 31. VIH/SIDA                            | 41. Fiebre reumática                            | 51. Ictericia                             |
| 10. Quimioterapia                | 21. Ataque al corazón o apoplejía  | 32. Problemas renales                   | 42. Respiración entrecortada                    |   |
| 11. Dolores en el pecho          | 22. Enfermedad del corazón         |   |   |   |

- |   |    |    |  |    |    |
|---|----|----|--|----|----|
| 1. ¿Ha recibido alguna vez un servicio relacionado con la salud por parte del Marion County Public Health Department?         | Sí | No | 10. ¿Ha tenido alguna vez una reacción a algún anestésico local?                                   | Sí | No |
| 2. ¿Tiene alguna enfermedad o problema de salud que no esté incluido en los indicados anteriormente?                          | Sí | No | 11. ¿Ha tenido alguna vez un sangrado prolongado o inusual?  | Sí | No |
| 3. ¿Tiene algún tipo de restricciones para realizar movimientos en clases de gimnasia, atletismo u otras actividades físicas? | Sí | No | 12. ¿Ha tenido alguna vez complicaciones o enfermedades como resultado de un procedimiento dental? | Sí | No |
| 4. ¿Está actualmente tomando alguna medicina o medicamentos por prescripción?   | Sí | No | 13. ¿Ha tenido alguna vez una lesión o trauma en la cara o la mandíbula?                           | Sí | No |
| Indique el(los) medicamento(s), la(s) dosis y las instrucciones   |    |    | 14. ¿Fuma o usa tabaco para mastigar?  | Sí | No |
| _____   |    |    | 15. ¿Está nervioso o le preocupan los tratamientos dentales?                                       | Sí | No |
| _____   |    |    | 16. Para mujeres:  |    |    |
| _____   |    |    | ¿Está embarazada? Fecha del parto: _____   | Sí | No |
| 5. ¿Ha tomado alguna vez Fen-phen/Redux?  | Sí | No | ¿Utiliza algún método anticonceptivo?  | Sí | No |
| 6. ¿Está actualmente o ha estado al cuidado de un médico durante los últimos dos años?  | Sí | No | ¿Está pensando en embarazarse?   | Sí | No |
| 7. ¿Ha estado alguna vez hospitalizado o le han practicado alguna cirugía?  | Sí | No | ¿Ha tenido complicaciones o problemas con embarazos anteriores?                                    | Sí | No |
| 8. ¿Es alérgico al látex?   | Sí | No | 17. ¿Tiene actualmente un dentista?  | Sí | No |
| 9. ¿Es alérgico a algún medicamento, fármaco u otra sustancia?  | Sí | No | Nombre del dentista: _____   |    |    |
| En casi afirmativo, enumere:  |    |    | Dirección: _____   |    |    |
| _____   |    |    | 18. ¿Tiene dolor en las piezas o molestias actualmente?  | Sí | No |
| _____   |    |    | 19. ¿Por qué desea recibir tratamiento dental?   |    |    |
| _____   |    |    | _____  |    |    |
| _____   |    |    | _____  |    |    |

Hasta donde sé, todas las respuestas anteriores son verdaderas y correctas. Si alguna vez tengo algún cambio en mi salud, o si me cambian los medicamentos, le informaré al doctor en la próxima cita. Me explicarán los procedimientos dentales específicos. Comprendo que yo/mi hijo(a) puede que no reciba todos los servicios solicitados al Departamento de Salud del Condado de Marion y mi tratamiento puede requerir que me refieran a otros profesionales debido a la naturaleza de mi problema dental. Comprendo que todos los procedimientos dentales tienen tanto beneficios como ciertos riesgos, incluyendo posibles efectos colaterales causados por alguno de los medicamentos utilizados en odontología y que estos riesgos incluyen, pero no están limitados a reacciones alérgicas, cortes/abrasiones, dolor/hematoma por inyecciones, piezas sensibles, tragar o inhalar materiales/prótesis dentales e infecciones o complicaciones serias.

Firma del paciente/Padre-Madre/Representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

También autorizo y estoy de acuerdo en que Health and Hospital Corporation of Marion County conserve o compile de cualquier modo información sobre salud y por la presente está autorizado para utilizar cualesquiera informes de tratamientos, radiografías o fotografía para fines de enseñanza o investigación, incluyendo revistas médicas o publicaciones relacionadas con el gobierno. Se protegerá la confidencialidad del paciente. No se revelará ni el nombre del paciente ni ninguna otra información que le identifique.

Firma del paciente/Padre-Madre/Representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo que los beneficios de seguro sean pagados directamente al dentista o su representante (Health and Hospital Corporation). También autorizo al dentista u otro personal o representante autorizado para revelar la información requerida para procesar los pagos. También estoy de acuerdo en que el Departamento de Salud del Condado de Marion pueda entregar una copia de mis registros médicos/dentales, o cualquier parte de ellos, o cualquier otra información relacionada con los profesionales de salud involucrados con mi cuidado médico/dental.

Firma del paciente/Padre-Madre/Representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_