

BIENVENIDO A NUESTRO CONSULTORIO!



GULF COAST ENDODONTICS
Getting to the ROOT of the Problem

Fecha: _____

DATOS DEL PACIENTE:

Marque con un círculo: Señorita Señor Señora Doctor

APPELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APODO
-----------	---------------	----------------	-------

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono-Casa: _____ Teléfono-Trabajo: _____ Celular _____ Email: _____

Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F Nombre de Esposo/a: _____

Profesión: _____ Dirección del Trabajo: _____

Dentista General: _____ Nombre de la persona que lo refirió: _____ Médico General: _____

NOTA: Es el paciente estudiante? Si No **Tiempo Completo?** Si No

HISTORIA MÉDICA:

Marque la "S de si" si la respuesta es afirmativa, y la "N de no" si la respuesta es negativa a las siguientes preguntas que se aplican a usted, actualmente o en el pasado:

- | | | | | |
|--|--|---|--|--|
| S N | S N | S N | S N | S N |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Válvula Artificial en la Corazón | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presión Alta | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adicción a Drogas | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B o C | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Coyunturas Artificiales | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de Articulación Mandibular |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prolapso de la Válvula Mitral | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HIV Positivo | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cirugía del Corazón | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia o Convulsiones | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lesión Conjénita del Corazón | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Marcapaso | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sangramiento | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tirodes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón/Ataque |

Ha tomado alguna vez Bisfosfonatos? _____ (Por ejemplo-Fosamax, Aredia, Zometa, Actonel, Boniva, Skelid, Didronel, Bonefos Ostsec)

Tiene alguna otra enfermedad o problemas? _____

Ha tenido alguna reacción fuera de lo común a latex, a la anestesia o medicamentos como la Penicilina, Eritromicina, Novocaina, Codeina, Aspirina, Sulpha, etc.? Explique: _____

Esta tomado algún medicamento al momento? _____

Ha tomado aspirina o ibuprofen en las ultimas 72 horas? Si No Cuantas Aspirinas _____ Cuantas Ibuprofen _____

MUJERES: Está usted embarazada? Si No; Cuantos meses de embarazo? _____

EL OBJETIVO del tratamiento de canal (endodoncia) es de tratar de salvar el diente en vez de extraerlo. A pesar de que la mayoría de los tratamientos son exitosos, en ciertos casos esto no se puede garantizar. Si el tratamiento de canal fracasara, el procedimiento a seguir seria: repetir el tratamiento de canal, cirugía o la extracción del diente. Antes del inicio del tratamiento, las razones y las diferentes alternativas de tratamiento serán explicadas en detalle. Ocasionalmente, medicamento previo a el tratamiento será indicada, lo cual será discutido claramente.

NOTA: El honorario no incluye la restauración permanente del diente. Usted deberá regresar a su Dentista para que la restauración sea completada.

Autorizo la realización del tratamiento necesario y mi consentimiento para dar información necesaria para futuros tratamientos.

FIRMA DEL PACIENTE (PADRES CUSTODIALES)

FECHA

COMO SE SIENTE HOY:

Por favor llene el lado opuesto.



