wesley Health Centers

Dentista & Salud Oral

Wesley Health Centers Clínicas Dentales
Cuestionario de Salud

Nombre: _____ Fecha: _____ / _____ / _____

Dirección: _____

Tel: _____ Cel: _____ SSN: _____ / _____ / _____

HISTORIAL MÉDICO

Por favor indique si tiene ó ha tenido alguna de las siguientes condiciones médicas.

VIH+/Sida	☐ Si	☐ No	Sed Excesiva	☐ Si	☐ No	Prolapso de la válvula mitral	☐ Si	☐ No
Aizheime	☐ Si	☐ No	Desmayos	☐ Si	☐ No	Marcapasos	☐ Si	☐ No
Anorexia	☐ Si	☐ No	Dolores de cabeza	☐ Si	☐ No	Dolor en la mandíbula	☐ Si	☐ No
Angina	☐ Si	☐ No	Herpes genitales	☐ Si	☐ No	Enfermedad paratiroidea	☐ Si	☐ No
Válvula artificial de corazón	☐ Si	☐ No	Glaucoma	☐ Si	☐ No	Neumonía	☐ Si	☐ No
Articulación artificial	☐ Si	☐ No	Paro cardíaco	☐ Si	☐ No	Cuidado psiquiátrico	☐ Si	☐ No
Asma	☐ Si	☐ No	Enfermedad del corazón	☐ Si	☐ No	Tratamiento con radiación	☐ Si	☐ No
Enfermedad de la sangre	☐ Si	☐ No	Soplo cardíaco	☐ Si	☐ No	Diálisis renal	☐ Si	☐ No
Transfusión de sangre	☐ Si	☐ No	Cirugía de corazón	☐ Si	☐ No	Fiebre reumática	☐ Si	☐ No
Moretones con facilidad	☐ Si	☐ No	Hemofilia	☐ Si	☐ No	Reumatismo	☐ Si	☐ No
Cáncer	☐ Si	☐ No	Hepatitis A	☐ Si	☐ No	Escarlatina	☐ Si	☐ No
Candidiasis	☐ Si	☐ No	Hepatitis B	☐ Si	☐ No	Comvulsiones	☐ Si	☐ No
Quimioterapia	☐ Si	☐ No	Hepatitis C	☐ Si	☐ No	Herpes	☐ Si	☐ No
Infección CMV	☐ Si	☐ No	Herpes	☐ Si	☐ No	Anemia drepanocítica	☐ Si	☐ No
Herpes labial / Fogazos	☐ Si	☐ No	Presión arterial alta	☐ Si	☐ No	Problemas sinusales	☐ Si	☐ No
Colitis	☐ Si	☐ No	Colesterol alto	☐ Si	☐ No	Apnea del sueño	☐ Si	☐ No
Corazón congénito	☐ Si	☐ No	Hipoglucemia	☐ Si	☐ No	Espina bífida	☐ Si	☐ No
Cortisona	☐ Si	☐ No	Arritmia	☐ Si	☐ No	Problemas de estómago	☐ Si	☐ No
Diabetes	☐ Si	☐ No	Icterisia	☐ Si	☐ No	Embolia	☐ Si	☐ No
Depresión	☐ Si	☐ No	Problemas de Riñón	☐ Si	☐ No	Enfermedad de tiroides	☐ Si	☐ No
Abuso de drogas	☐ Si	☐ No	Leucemía	☐ Si	☐ No	Tuberculosis	☐ Si	☐ No
Enfisema	☐ Si	☐ No	Problemas de Hígado	☐ Si	☐ No	Tumores ó crecimientos	☐ Si	☐ No
Epilepsia	☐ Si	☐ No	Presión arterial baja	☐ Si	☐ No	Úlceras	☐ Si	☐ No
Sangrado excesivo	☐ Si	☐ No	Enfermedad de pulmones	☐ Si	☐ No	Enfermedades venéreas	☐ Si	☐ No
Osteoporosis	☐ Si	☐ No	Transplante de organos	☐ Si	☐ No	COVID-19	☐ Si	☐ No

Es usted alergíco a lo siguiente?

Aspirina ☐ Penicilina ☐ Codeína ☐ Acrílico ☐ Metal ☐ Latex ☐ Anestésia local ☐
Sulfa ☐ Otros ☐ No alergías ☐

Si contestó sí, por favor explique: _____

Preguntas solamente para mujeres:

Está embarazada o tratando de embarazarse? ☐ Si ☐ No Amamantando? ☐ Si ☐ No
Está tomando anticonceptivos orales? ☐ Si ☐ No

Ha tenido alguna enfermedad no listada aquí? ☐ Si ☐ No
Fuma tabaco? ☐ Si ☐ No
Usa cigarrillos electrónicos? ☐ Si ☐ No
Bebe alcohol? ☐ Si ☐ No
Usa drogas ó substancias controladas? ☐ Si ☐ No
Alguna vez se ha inyectado a si mismo? ☐ Si ☐ No
Está tomando algún medicamento ahora? ☐ Si ☐ No

Si contesto sí, por favor explique:
_____
_____
_____
_____

Si contesto sí, por favor explique:
_____

Nombre del Médico: _____ Fecha de última visita? _____ / _____ / _____

Dirección: _____ Tel: _____

Historial dental:

Necesita ser premedicado con antibióticos antes del tratamiento dental? ☐ Si ☐ No
Tiene dolor en dientes o boca? ☐ Si ☐ No
Tiene dolor en la mandíbula? ☐ Si ☐ No
Ha tenido algún problema grave con tratamientos dentales? ☐ Si ☐ No
Alguna vez le han sangrado las encías? ☐ Si ☐ No
Rechina los dientes cuando duerme? ☐ Si ☐ No
Alguna vez se ha sometido a una cirugía oral? ☐ Si ☐ No
Le da miedo asistir al dentista? ☐ Si ☐ No ☐ Poco ☐ Mucho ☐ Extremadamente
Describa su salud dental actual? ☐ Buena ☐ Promedio ☐ Pobre

Historia Médica y Dental Revisada por (*Nombre del Dentista*): _____ Fecha: _____

Contacto en caso de emergencia:

En caso de emergencia, a quién podemos contactar?

Nombre: _____ Relación _____
Tel: _____

Consentimiento para tratamiento:

Al firmar este formulario, certifico que la información dada hoy es correcta, según mi saber y entender. Entiendo que esta información se manejará en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi historial médico. Por la presente otorgo autoridad a los Dentistas y al Personal Auxiliar de las clínicas dentales de Wesley Health Centers para administrar el tratamiento dental; administrar los anestésicos y analgésicos necesarios; y para realizar las operaciones apropiadas que se consideren necesarias o recomendables en el diagnóstico y tratamiento del siguiente paciente.

Nombre: _____ Fecha: _____

Firma _____

wesley
Health Centers

Dentista &
Salud Oral

Dental History:

Name: _____ Date of birth: _____ / _____ / _____
(First name | *Nombre*) (Middle initial | *Inicial*) (Last name | *Apellido*) *Fecha de Naciemiento*

Who referred you to the dental clinic?
Quién lo refirió a la clínica dental? _____

How would you rate the condition of your mouth? ☐ Excellent ☐ Good ☐ Poor
Actualmente su salud dental está? ☐ *Excelente* ☐ *Buena* ☐ *Mala*

Date of most recent Dental Exam? | *Fecha de último Examen Dental?* _____ / _____ / _____

I routinely see my Dentist every:
Visito a mi Dentista cada? ☐ 3mos/*meses* ☐ 6mos/*meses* ☐ 12mos/*meses*

What is the primary reason for your visit?
Cúal es la razón principal de su vista? _____

Are you currently in pain? | *Actualmente tiene dolor?* ☐ Yes/*Si* ☐ No/*No*

If yes, how bad is your pain on a scale of 1-10 with 10 being worse?
Si contestó sí, usando una escala de 1 a 10 (10 siendo lo peor), cúanto le duele? _____

Do you require antibiotics before dental treatment?
Necesita antibióticos antes de su tratamiento dental? ☐ Yes/*Si* ☐ No/*No*

Personal History:

1. Are you fearful of dental treatment? | *Tiene miedo a su tratamiento dental?* ☐ Yes/*Si* ☐ No/*No*
   If yes, how fearful on a scale of 1 (least) to 10 (most)?
   Si contestó sí, usando una escala de 1 a 10 (10 siendo lo más), cúanto miedo tiene? _____
2. Have you ever had complications from past dental treatment?
   Alguna vez ha tenido complicaciones asociadas con tratamientos dentales? ☐ Yes/*Si* ☐ No/*No*
3. Have you ever had trouble getting numb?
   Alguna vez ha tenido problemas siendo anestesiado? ☐ Yes/*Si* ☐ No/*No*
4. Have you ever had a bad reaction to dental anesthetics?
   Alguna vez ha tenido una mala reacción a los anestésicos dentales? ☐ Yes/*Si* ☐ No/*No*
5. Did you ever have braces, orthodontic treatment?
   Alguna vez ha tenido ortodoncia/frenos? ☐ Yes/*Si* ☐ No/*No*
6. Did you ever have any teeth removed?
   Alguna vez ha tenido extraciones dentales? ☐ Yes/*Si* ☐ No/*No*
7. How many times/day do you brush your teeth?
   Cuántas veces al día se cepilla los dientes? ☐ Never / *Nunca* ☐ 1X ☐ 2X
8. How many times/day do you floss?
   Cuántas veces al día usa seda/hilo dental? ☐ Never / *Nunca* ☐ 1X ☐ 2X

Smile Characteristics:

9. Is there anything about the appearance of your teeth that you would like to change, if so what?
Hay algo que le gustaría cambiar de su sonrisa, si la respuesta es sí, qué sería? _____

_____

10. Have you ever whitened or bleached your teeth?
Alguna vez ha blanqueado sus dientes? ☐ Yes/*Si* ☐ No/*No*

11. Have you ever had any of the following dental conditions? (Please circle Yes or No)
Ha tenido los siguientes problemas dentales? (Por favor marque Si ó No)

Bleeding gums | *Sangrado de encías*	☐ Yes | *Si*	☐ No | *No*	Mobility of teeth | *Movilidad*	☐ Yes | *Si*	☐ No | *No*
Bad taste | *Mal sabor de boca*	☐ Yes | *Si*	☐ No | *No*	Oral cancer/biopsy | *Cancer oral*	☐ Yes | *Si*	☐ No | *No*
Bad odor | *Mal olor de boca*	☐ Yes | *Si*	☐ No | *No*	Osseous surgery | *Cirugía oral*	☐ Yes | *Si*	☐ No | *No*
Cold sores | *Ulceras en la boca*	☐ Yes | *Si*	☐ No | *No*	TMJ/TMD Joint Pain *Dolores en articulaciones*	☐ Yes | *Si*	☐ No | *No*
Deep cleaning | *Limpieza profunda*	☐ Yes | *Si*	☐ No | *No*	Toothbrush abrasion | *Abración*	☐ Yes | *Si*	☐ No | *No*
Gum disease | *Enfermedad de encías*	☐ Yes | *Si*	☐ No | *No*	Extractions | *Extracciones*	☐ Yes | *Si*	☐ No | *No*
Hot sensitivity | *Sensibilidad al calor*	☐ Yes | *Si*	☐ No | *No*	Dentures | *Dentaduras*	☐ Yes | *Si*	☐ No | *No*
Cold sensitivity | *Sensibilidad al frío*	☐ Yes | *Si*	☐ No | *No*	Cavities | *Caries*	☐ Yes | *Si*	☐ No | *No*
Chewing pain | *Dolor al masticar*	☐ Yes | *Si*	☐ No | *No*	Dry mouth | *Boca seca*	☐ Yes | *Si*	☐ No | *No*
Grind teeth | *Rechinar los dientes*	☐ Yes | *Si*	☐ No | *No*	Gum recession | *Recesión de encías*	☐ Yes | *Si*	☐ No | *No*
Worn an occlusal guard *Ha usado alguna guarda ó protector*	☐ Yes | *Si*	☐ No | *No*	Family history of gum disease *Familiares con enfermedad de encías*	☐ Yes | *Si*	☐ No | *No*

I understand that the information I have given today is correct and accurate to the best of my knowledge. I also understand that this information will be held in the strictest confidence and that it is my responsibility to inform this office of any changes in my medical or dental status.

Entiendo que la información que he dado hoy es correcta y exacta basada en mi concocimiento. También entiendo que esta información será mantenida en estricta privacidad y es mi responsabilidad informar a esta oficina si algún cambio ocurre con mi condición medica ó dental.

Patient | Parent or Guardian Signature: _____ Date: _____
Firma del Paciente Fecha

Dental provider comments | Notes: _____

_____

_____

I verbally reviewed the medical/dental information with the patient (parent) named herein.
Dental provider signature: _____ Date: _____

Health history update:

Date:	Changes to Health History:	Patient | Parent Signature:	Dental Provider Signature:

wesley
Health Centers

Dentista &
Salud Oral

FORMATO DE LA PÓLIZA CUANDO NO SE PRESENTA A SU CITA O LLEGA TARDE

Estimado Paciente/Padre,

Gracias por escoger Wesley Health Centers para su cuidado de salud dental. Tenemos el compromiso de proporcionarle la mejor experiencia posible a nuestros pacientes, lo cual incluye tratar de acomodar citas cuando programamos las citas de seguimiento para su cuidado de salud. Hay ocasiones que la demanda por nuestros servicios es mayor que nuestra capacidad. Para asegurar el más alto nivel de calidad y satisfacción, favor de tomar nota y poner sus iniciales en las siguientes reglas:

No se presentó a su Cita o llego tarde: (Por favor pon sus iniciales en cada línea)

_____ Solo se permitirá que Los pacientes no se presenten por dos ocasiones en un periodo de seis meses.

_____ Si Usted no puede venir a su cita, y usted no llama por lo menos 24 horas con anticipación para cancelar o reprogramar su cita se considera como que no se presentó. Cualquier cancelación en menos de 24 horas se considera como que no se presentó.

_____ Si usted llega tarde a su cita, se considera que no se presentó. Si usted no llega 15 minutos antes que el tiempo de su cita, el equipo dental hará todo lo posible para asistirlo. Sin embargo, el tratamiento planeado podría ser modificado y su tiempo de espera en la clínica extendido. Si el paciente llega más de 30 minutos tarde la cita podría ser cambiada para otro día.

Confirmación de cita: Nuestro personal de oficina llamará para confirmar su cita 48 horas de antelación. Si no podemos contactarlo, se dejará un mensaje de voz. Es su responsabilidad para devolver la llamada y confirme su cita o hacernos saber si la cita tiene que ser reprogramado. Si por cualquier cosa el paciente no llega a su cita o cancela tarde por segunda vez en un periodo de 6 meses, no tendrán otra oportunidad para ser una cita. Sin embargo, todavía podrán recibir servicios dentales de nosotros. El paciente que tiene 2 citas que no asistió puede: 1) llamar en la mañana para ver si hay citas el mismo día, 2) pedir que lo pongan en la lista de espera para el mismo día, 3) Si el paciente tiene una emergencia dental como dolor o inflamación dígale a la recepcionista que quiere una cita el mismo día de emergencia. Siempre tratamos lo mejor para mirar los pacientes de emergencia en el horario.

*Muchos pacientes usan Wesley Health Center servicios dentales. Su ayuda en mantener su cita nos ayuda para darles el mejor servicio en un tiempo que se requiere para todos nuestros pacientes. *

_____ _____

Firma del Paciente o Padre Fecha

wesley Health Centers | Dentista & Salud Oral

EL PACIENTE RECONOCE QUE HA RECIBIDO LA HOJA INFORMATIVA SOBRE MATERIALES DENTALES

Indique con su firma y fecha que ha recibido copia de este aviso. Con su firma usted simplemente acusa de recibido este aviso. Yo, he, recibido una copia de la hoja informativa sobre materiales dentales, de John Wesley Health Center.

_____

Nombre del Paciente (Apellido, Nombre, Inicial Media)

_____ _____

Firma Fecha

10-RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE LA PRIVACIDAD DE HIPAA PRACTICAS Y CLIENTE PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS

Yo, _____ , por la presente acuse de recibo de los siguientes documentos:

1. Aviso de HIPAA Practicas, y Políticas y Procedimientos
2. Cliente Procedimientos de Quejas
3. Informativa sobre Materiales Dentales

_____ _____

Nombre del Paciente Fecha