



Paquete Combinado para Pacientes Nuevos

Kokopelli Family & Cosmetic Dentistry · Ahwatukee y Chandler, AZ

FECHA DE HOY _____

Le damos la bienvenida — nos alegra que esté aquí. Complete todas las secciones; sus respuestas son confidenciales y nos ayudan a brindarle una excelente atención.

1 Acerca de usted

Nombre	Segundo nombre	Apellido(s)	Fecha de nacimiento	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Correo electrónico	N.º de Seguro Social		Género	Estado civil
Teléfono celular	Teléfono de casa		Teléfono del trabajo	
Contacto de emergencia (nombre)	Teléfono de emergencia		Parentesco	
¿A quién le agradecemos por invitarle?				

2 Seguro dental

Omita esta sección si no tiene seguro dental o si ya entregó una copia de su tarjeta del seguro en la recepción

Nombre del titular	Apellido del titular	Fecha nac. del titular	N.º de SS del titular
Relación con el titular	Empleador	Compañía de seguros	
Teléfono de la aseguradora	N.º de ID del suscriptor	N.º de grupo	

Tarjeta del seguro: entregue su tarjeta en la recepción — escanearemos el frente y el reverso para su expediente.

3 Historial dental

¿Hace cuánto tiempo fue su última visita al dentista? ☐ 1 mes ☐ 3 meses ☐ 6 meses ☐ Menos de 1 año
☐ 1–2 años ☐ 2–3 años ☐ 3–5 años ☐ Más de 5 años ☐ Nunca he ido al dentista

Visito a mi dentista regularmente cada: ☐ 3 meses ☐ 4 meses ☐ 6 meses ☐ 12 meses ☐ No voy regularmente

Dentista anterior — nombre, dirección y teléfono Fecha del último examen y radiografías

¿Cómo nos conoció? ☐ Otro paciente — nombre: _____ ☐ Amigo / colega ☐ Google ☐ Internet
☐ App Nextdoor ☐ Otro

Motivo de la visita de hoy: ☐ Revisión ☐ Dolor ☐ Otro: _____

¿Cuál es su preocupación dental inmediata? _____

¿Alguna vez ha tenido una mala experiencia con el dentista? ☐ Sí ☐ No Si es así, explique: _____

¿Ha tenido complicaciones después de algún tratamiento? ☐ Sí ☐ No Si es así, explique: _____

¿Alguna reacción desfavorable a la anestesia dental? ☐ Sí ☐ No Si es así, explique: _____

¿Dientes sensibles al frío o al calor? ☐ Sí ☐ No ¿Rechina los dientes? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene llagas o zonas irritadas en la boca? ☐ Sí ☐ No ¿Le han tratado por enfermedad de las encías? ☐ Sí ☐ No

¿Le sangran las encías al cepillarse o usar hilo dental? ☐ Sí ☐ No ☐ A veces ¿El tratamiento dental le pone nervioso(a)? ☐ No ☐ Un poco ☐ Moderadamente ☐ Extremadamente

¿Con qué frecuencia se cepilla? ☐ Nunca ☐ Ocasionalmente ☐ Una vez al día ☐ Dos veces al día
☐ Tres veces al día ☐ Cada vez que como Tipo de cepillo: ☐ Manual ☐ Eléctrico ☐ Ambos

¿Con qué frecuencia usa hilo dental? ☐ Nunca ☐ Ocasionalmente ☐ Una vez al día ☐ Dos veces al día
☐ Tres veces al día ☐ Cada vez que como Estado de su boca: ☐ Malo ☐ Bueno ☐ Excelente

Marque todo lo que corresponda:

- ☐ He tenido complicaciones por tratamientos dentales anteriores
- ☐ He tenido / tengo boca seca
- ☐ He tenido retracción de las encías
- ☐ Dientes sensibles al morder o a lo dulce, o evito cepillar parte de la boca
- ☐ Uso o he usado un guarda oclusal o protector nocturno
- ☐ Noto que se forman espacios entre los dientes
- ☐ Se me atora comida entre los dientes
- ☐ Aprieto o rechino los dientes (bruxismo)
- ☐ He sentido ardor en la boca
- ☐ Noto mis dientes más flojos
- ☐ He tenido dificultad para quedar anestesiado(a)
- ☐ Chasquidos / crujidos en la articulación de la mandíbula, o apertura limitada
- ☐ Noto mis dientes más chuecos, apiñados o encimados
- ☐ Tengo dificultad para masticar
- ☐ Se me han aflojado dientes por sí solos (sin lesión)
- ☐ He tenido / tengo frenos (brackets) u ortodoncia
- ☐ Me he hecho blanqueamiento dental
- ☐ He notado mal sabor u olor en la boca
- ☐ Ronco o me despierto con frecuencia durante la noche

Su sonrisa ¿Le gusta su sonrisa? ☐ Sí ☐ No

Si pudiera cambiar su sonrisa, ¿qué cambiaría? ☐ Color de mis dientes ☐ Posición / alineación de mis dientes

☐ Cerrar espacios o restaurar dientes desgastados / rotos ☐ Forma de mis dientes ☐ Otro

Me interesa: ☐ Blanqueamiento dental ☐ Dientes derechos ☐ Reemplazo de dientes faltantes

☐ Empastes blancos ☐ Otro

Para que su visita sea una gran experiencia, ¿tiene alguna pregunta o inquietud que desee compartirnos?

4 Historial de salud

Sus respuestas son solo para nuestros registros y se mantienen confidenciales

Según lo exige la ley, nuestra oficina sigue políticas y procedimientos por escrito para proteger la privacidad de la información sobre usted que creamos, recibimos o mantenemos. Sus respuestas son solo para nuestros registros y se mantendrán confidenciales, sujeto a las leyes aplicables. Es posible que se le hagan algunas preguntas sobre sus respuestas, y puede haber preguntas adicionales sobre su salud — esta información es vital para permitirnos brindarle la atención adecuada. Esta oficina no utiliza esta información para discriminar.

Nombre del paciente	Apellido del paciente	Fecha de nacimiento	Nombre de la farmacia
Farmacia — cruce de calles y teléfono		Contacto de emergencia — nombre / parentesco / teléfono	

¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico? ☐ Sí ☐ No

Nombre del médico	Teléfono	Dirección / ciudad / estado / código postal
-------------------	----------	---

¿Algún cambio en su salud general en el último año? ☐ Sí ☐ No Fecha del último examen físico: _____

¿Enfermedad grave, operación u hospitalización en los últimos 5 años? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿cuál fue la enfermedad o el problema? _____

Detección de tuberculosis — ¿tiene alguno de los siguientes?

- | | | | |
|---------------------|---|--|---|
| Tuberculosis activa | ☐ Sí ☐ No | Tos persistente por más de 3 semanas | ☐ Sí ☐ No |
| Tos con sangre | ☐ Sí ☐ No | Ha estado expuesto(a) a alguien con tuberculosis | ☐ Sí ☐ No |

Medicamentos — anote todo lo que toma actualmente:

Nombre del medicamento	Comentarios / dosis	Nombre del medicamento	Comentarios / dosis

¿Toma, o tiene programado comenzar a tomar, un agente antirresortivo (Fosamax®, Actonel®, Atelvia, Boniva®, Reclast, Prolia) para la osteoporosis o la enfermedad de Paget?

☐ Sí ☐ No Fecha de inicio del tratamiento: _____

¿Usa sustancias controladas (drogas)? ☐ Sí ☐ No

¿Consume tabaco (cigarrillos, rapé, tabaco de mascar, bidis)? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿qué tanto le interesa dejarlo? _____

¿Toma bebidas alcohólicas? ☐ Sí ☐ No Si es así — en las últimas 24 horas: _____ En una semana típica: _____

Solo mujeres — ¿está usted: ¿Embarazada? ☐ Sí ☐ No Si está embarazada, ¿cuántas semanas? _____
¿Tomando pastillas anticonceptivas? ☐ Sí ☐ No ¿Amamantando? ☐ Sí ☐ No

5 Alergias

Marque todo aquello a lo que sea alérgico(a) o que le haya causado una reacción

☐ Alergias estacionales	☐ Amoxicilina	☐ Antihistamínicos	☐ Aspirina	☐ Bactrim
☐ Betadine	☐ Biacin	☐ Clindamicina	☐ Codeína	☐ Eritromicina
☐ Fiebre del heno	☐ Flúor	☐ Keflex	☐ Látex	☐ Lidocaína
☐ Morfina	☐ Mupirocina	☐ Omeprazol	☐ Oxycodona	☐ Penicilina
☐ Percocet	☐ Polen	☐ Polytrim (gotas para los ojos)	☐ Sulfas	☐ Yodo

☐ Otras alergias: _____

6 Afecciones médicas

Marque todo lo que tenga o haya tenido

☐ Adicción a drogas	☐ Afecciones cardíacas	☐ Anemia	☐ Angina de pecho
☐ Ansiedad	☐ Artritis	☐ Artritis reumatoide	☐ Asma
☐ Cáncer	☐ Cirugía del corazón	☐ Colesterol alto	☐ Convulsiones
☐ Depresión	☐ Derrame cerebral	☐ Desmayos	☐ Diabetes
☐ Dolor crónico	☐ Embarazo	☐ Enfermedad cardíaca / infarto	☐ Enfermedad de la sangre
☐ Enfermedad de la tiroides	☐ Enfermedad del hígado	☐ Enfermedad renal	☐ Enfermedad venérea
☐ Epilepsia	☐ EPOC	☐ Fibrilación auricular (A-Fib)	☐ Fiebre reumática
☐ Glaucoma	☐ Hepatitis	☐ Ictericia	☐ Implante cardíaco
☐ Inflamación de las articulaciones	☐ Lesiones en la cabeza	☐ Liquen plano	☐ Marcapasos
☐ Mareos	☐ "No epi" (evitar epinefrina)	☐ Osteoporosis	☐ Presión arterial alta
☐ Problemas de espalda	☐ Problemas de sinusitis	☐ Problemas estomacales	☐ Problemas respiratorios
☐ Radioterapia	☐ Reemplazo de articulación	☐ Reumatismo	☐ Sangrado excesivo
☐ Soplo cardíaco	☐ Transfusión de sangre	☐ Trastornos mentales / nerviosos	☐ Tuberculosis
☐ Tumores	☐ Úlceras	☐ Válvula cardíaca artificial	☐ VIH positivo

☐ Otro — cualquier enfermedad, afección o problema no mencionado arriba que debamos saber: _____

¿Algún médico o dentista anterior le ha recomendado tomar antibióticos antes de su tratamiento dental (premedicación)?

☐ Sí ☐ No Si es así: ☐ Amoxicilina ☐ Clindamicina ☐ Otro: _____

Nombre del médico o dentista que hizo la recomendación _____ Teléfono de quien lo recomendó _____

NOTA: Se recomienda que tanto el doctor como el paciente hablen sobre todos y cada uno de los problemas de salud relevantes del paciente antes del tratamiento.

☐ Certifico que he leído y entiendo lo anterior y que la información proporcionada en este formulario es correcta. Entiendo la importancia de un historial de salud veraz y que mi dentista y su personal se basarán en esta información para atenderme. Reconozco que mis preguntas, si las hubo, sobre los temas planteados arriba han sido respondidas a mi satisfacción. No responsabilizaré a mi dentista ni a ningún otro miembro de su personal por ninguna acción que realicen o dejen de realizar debido a errores u omisiones que yo haya cometido al completar este formulario.

Firma del paciente / tutor legal

Fecha

7 Consentimiento para el uso y divulgación de información médica protegida

Sección A: Paciente que otorga el consentimiento

Iniciales: _____ Acuse de recibo de las Prácticas de Privacidad

Sección B: Al paciente — lea con atención las siguientes declaraciones

Al firmar a continuación, usted otorga su consentimiento para que usemos y divulguemos su información médica protegida para llevar a cabo tratamientos, actividades de pago y operaciones de atención médica. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad describe estos usos y divulgaciones en detalle — está publicado en nuestra oficina y disponible en cualquier momento; solicite una copia en nuestra recepción. Podemos actualizar nuestras prácticas de privacidad según se describe en el Aviso; usted puede solicitar una copia vigente en cualquier momento comunicándose con:

Persona de contacto

Teléfono

Fax

Correo electrónico

- ☐ He tenido plena oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de Consentimiento y de su Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que, al firmar este formulario de Consentimiento, otorgo mi consentimiento para que ustedes usen y divulguen mi información médica protegida para llevar a cabo tratamientos, actividades de pago y operaciones de atención médica.

Firma del paciente / tutor legal

Fecha

Si este Consentimiento lo firma un representante personal en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal

Relación con el paciente

Alto. Complete la Sección C SOLO si no otorga su consentimiento.

Sección C: Derecho a revocar — lea con atención antes de firmar

Usted tendrá derecho a revocar este Consentimiento en cualquier momento mediante un aviso por escrito de su revocación, entregado a la Persona de contacto indicada arriba. Tenga en cuenta que la revocación de este Consentimiento no afectará ninguna acción que hayamos tomado con base en este Consentimiento antes de recibir su revocación, y que podemos negarnos a atenderle o a seguir atendiéndole si revoca este Consentimiento.

Firma (revocación del consentimiento)

Fecha

Si esta Revocación del Consentimiento la firma un representante personal en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal

Relación con el paciente

USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO DESPUÉS DE FIRMARLO. Incluya el Consentimiento completado en el expediente del paciente.

8 Política de cancelación de citas y de “inasistencia”

Además de un trabajo dental de alta calidad, la comodidad y la conveniencia de nuestros pacientes son una prioridad en Kokopelli Family & Cosmetic Dentistry — estos valores nos permiten atender a los pacientes en horarios convenientes, como por las noches y los sábados. Confirmamos las citas con algunos días de anticipación, y cualquier cancelación de último momento nos impide comunicarnos con otros pacientes y atenderlos a tiempo.

Citas entre semana: confirme su cita con nosotros con al menos dos días hábiles de anticipación. Las cancelaciones de último momento (con menos de dos días hábiles) y las inasistencias tendrán un **cargo de \$50**.

Citas en sábado: las citas que no se confirmen o cancelen con al menos tres días hábiles de anticipación se consideran de último momento. Las cancelaciones de último momento y las inasistencias a citas en sábado tendrán un **cargo de \$75**.

- ☐ He leído y entiendo la Política de cancelación de citas y de “inasistencia” anterior, y acepto que se cargue a mi cuenta la tarifa correspondiente por cancelaciones de último momento o citas perdidas.

Firma del paciente / tutor legal

Fecha