

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Escriba Claramente

**UTILIZAR  
TINTA NEGRA**

Fecha \_\_\_\_\_ Remitido por \_\_\_\_\_ Dentista de Familia \_\_\_\_\_  
 Núm. de Teléfono del Paciente \_\_\_\_\_ Número Celular \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_  
**Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_ Seleccione uno: Sr. Dr. Sra. Srta.  
 N.S.S. \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo:  Masc.  Fem.  
 Casado(a)  Soltero  Divorciado  Viudo Número de licencia de Conducir \_\_\_\_\_ Estado Emisor \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Empleador/Nombre de la Compañía \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_  
 Dirección del Empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
 Contacto Adicional (no debe vivir con el paciente) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL FIADOR**

**Nombre Del Fiador** \_\_\_\_\_ Seleccione Uno: Sr. Dr. Sra. Srta.  
 Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Número de Celular \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 N.S.S. \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Empleador/Nombre de la Compañía \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_  
 Dirección del Empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE LOS PADRES**

**El Paciente Vive Con:** \_\_\_\_\_

**Nombre Del Padre** \_\_\_\_\_ Seleccione Uno: Sr. Dr. Sra. Srta.  
 Casado  Soltero  Divorciado  Viudo  
 Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Número de Celular \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 N.S.S. \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Número de licencia de Conducir \_\_\_\_\_ Estado Emisor \_\_\_\_\_  
 Empleador/Nombre de la Compañía \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_  
 Dirección del Empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**Nombre de la Madre** \_\_\_\_\_ Seleccione Uno: Sr. Dr. Sra. Srta.  
 Casada  Soltera  Divorciada  Viuda  
 Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Número de Celular \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 N.S.S. \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Número de licencia de Conducir \_\_\_\_\_ Estado Emisor \_\_\_\_\_  
 Empleador/Nombre de la Compañía \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_  
 Dirección del Empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**SEGURO DENTAL**

Por Favor proporcione Su Tarjeta para Copiar

Nombre de la Aseguradora \_\_\_\_\_  
 Número de Teléfono de la aseguradora \_\_\_\_\_  
 Nombre del Titular de la Póliza \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Relación con el Paciente:  Padre  Cónyuge  Otro  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 N.S.S. \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_  
 Número de Grupo \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_

**SEGURO MEDICO**

Por Favor proporcione Su Tarjeta para Copiar

Nombre de la Aseguradora \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono de la aseguradora \_\_\_\_\_  
 Nombre del Titular de la Póliza \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Relación con el Paciente:  Padre  Cónyuge  Otro  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 N.S.S. \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_  
 Número de Grupo \_\_\_\_\_  
 Empleador(a) \_\_\_\_\_

## **Cargos y Pagos**

Haremos todo lo posible para mantener bajo el costo de su atención y se le proporcionará una estimación del costo de su tratamiento previsto. Le pediremos los datos de su seguro médico y dental para poder ofrecerle el mejor presupuesto para su tratamiento. Haremos todo lo posible para utilizar los beneficios de su seguro y su parte del pago se basará en la información proporcionada por su compañía de seguros. Su póliza de seguro es un acuerdo entre usted y su compañía de seguros, y la verificación de los beneficios no es una garantía de pago. En última instancia, los cargos asociados con la atención son responsabilidad del paciente, y cualquier saldo restante en la cuenta después de que la compañía de seguros haya procesado su reclamación o dentro de los 90 días siguientes a la fecha del servicio se debe pagar inmediatamente. Su parte estimada deberá abonarse en el momento del servicio. La cobertura del seguro no sustituye el pago adeudado por el paciente. Calculamos los beneficios exclusivamente en función de su seguro primario, el seguro secundario se procesa como cortesía y cualquier pago en exceso a su cuenta o a la de su familia será reembolsado a través del método de pago utilizado. En el caso de custodia compartida de un niño, el padre que trae al niño es responsable del pago en el momento del servicio. Nuestro consultorio no puede contactar o discutir el cuidado o intentar cobrar de la otra parte involucrada.

Hay un cargo de 35.00 USD por todos los cheques devueltos.

Usted será responsable de todos los costos de cobranza y judiciales, así como de los honorarios de abogados.

### **¿Con quién podemos hablar de su tratamiento y de la información financiera o del seguro?**

Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

**He leído lo anterior y estoy de acuerdo con todas las políticas mencionadas. Entiendo que soy responsable de todos los cargos del consultorio. También entiendo que una vez que el pago ha sido recibido por parte de mi compañía de seguros, cualquier saldo restante en mi cuenta deberá pagarse de inmediato. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar las reclamaciones del seguro y solicitar el pago de los beneficios al proveedor de servicios.**

Nombre de la Parte Responsable (Escriba en letra legible)      Relación con el Paciente (Escriba en letra legible)

Firma de la Parte Responsable

Fecha

Nombre del Paciente si es diferente al de la parte responsable (Escriba en letra legible)

### **Declaración Resumida para el Uso de los Implantes**

Entiendo que el Dr. Eddy Yang colocara mis implantes dentales. Los implantes no se pueden utilizar inmediatamente después de su colocación para permitir que se integren con el hueso de la mandíbula. Entiendo que, si los implantes se utilizan inmediatamente después de la colocación, hay una ligera posibilidad de que los implantes no se integren con el hueso de mi mandíbula y posiblemente fallen prematuramente. El Dr. Eddy Yang y/o su personal me han explicado que él colocará los implantes, pero no restaurará los implantes después de que estén descubiertos. Entiendo que mi dentista también colocará los anclajes para las coronas y/o dientes en los implantes. También entiendo que mi dentista me cobrará por restaurar los implantes. Estos cargos son independientes y separados de los cargos de cirugía o colocación de implantes. Se me ha explicado que, en algunos casos, los implantes fallan y deben retirarse.

Se me ha informado y comprendo que la práctica de la cirugía oral no es una ciencia exacta; no se me ha ofrecido ninguna garantía o seguridad en cuanto al resultado del tratamiento o de la cirugía. Según mi leal saber y entender, he proporcionado a mi dentista un informe exacto de mi historial de salud física y mental. También he informado de cualquier reacción alérgica o inusual previa por alimentos, medicamentos, anestésicos y otras condiciones relacionadas con mi salud. Declaro que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.

Imprimir Nombre

Firma

Fecha

**Sugar Land Oral and Maxillofacial Surgery, PA**  
Eddy Ping Yang, D.D.S (Doctor de Cirugía Dental) M.D (Médico)  
15200 Southwest Freeway, Suite 360  
Sugar Land, Texas 77479  
Teléfono: 281-494-9433 Fax: 281-494-9435

### **Política de Financiación del Consultorio**

Le damos la bienvenida como nuestro paciente y gracias por elegir Sugar Land OMS. Estamos comprometidos a proveerle el mejor cuidado médico/dental al menor costo. Le pedimos que por favor se familiarice con esta política de financiación y no dude en presentar cualquier pregunta o preocupación para que se resuelvan, y podamos centrarnos en proporcionarle una excelente atención médica.

#### **Seguro**

**EL PAGO DE COPAGOS/DEDUCIBLES/COSEGURO SE ADEUDA AL MOMENTO DE SERVICIO.** Nuestro consultorio presentará una reclamación al seguro por los servicios prestados, pero en última instancia, usted es responsable de pagar la factura. Por ley, su compañía de seguros debe remitir el pago o denegar su reclamación al seguro dentro de los 30 días posteriores a la notificación inicial. Si su compañía de seguros no ha pagado su cuenta en su totalidad dentro de los 45 días, podemos pedirle ayuda para que su compañía de seguros pague el saldo o dicho saldo se le puede cobrar a usted.

#### **Pago por cuenta propia**

**EL PAGO COMPLETO DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DEBE EFECTUARSE AL MOMENTO DEL SERVICIO.**

Los métodos de pago incluyen efectivo, tarjetas de débito/ATM, Visa, MasterCard, Discover, American Express y CareCredit.

#### **Reembolsos**

Le devolveremos el dinero en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que determinemos que se ha efectuado un pago en exceso. Notifique a nuestra oficina de facturación si tiene conocimiento de algún pago en exceso.

#### **Cambios en la cobertura de seguro**

Por favor, comprenda que es su responsabilidad proporcionarnos cualquier seguro médico/dental nuevo, actualizado o adicional. En el caso de que su cobertura de seguro cambie a un plan que no somos proveedores participantes, usted será responsable del pago de todos los cargos en el momento en que se preste el servicio. Podemos proporcionarle los documentos necesarios para el reembolso.

#### **Responsabilidad financiera de menores**

A menos que se hayan hecho arreglos previos, los cargos para niños menores atendidos en el consultorio serán responsabilidad del adulto que acompañe al menor.

#### **Cheques devueltos**

Los cheques devueltos están sujetos a un **cargo de 36.00 USD**. En algunos casos, el no pago de cheques devueltos puede ser remitido al Fiscal del Distrito para que emprenda acciones legales.

#### **Solicitud de expedientes médicos**

Habrán un **cargo de 25.00 a 50.00 USD** basado en la regla 165.2 de la Junta Médica de Texas (tmb.state.tx.us) por cada solicitud de expedientes médicos. La solicitud de expedientes médicos debe hacerse por escrito. Por favor, espere de 7 a 10 días hábiles para procesar la solicitud de expedientes médicos.

\_\_\_\_\_ ( Iniciales del Paciente/Parte Responsable)

**Sugar Land Oral and Maxillofacial Surgery, PA**  
Eddy Ping Yang, D.D.S (Doctor de Cirugía Dental) M.D (Médico)  
15200 Southwest Freeway, Suite 360  
Sugar Land, Texas 77479  
Teléfono: 281-494-9433 Fax: 281-494-9435

**Formularios de Seguro/Discapacidad y/o de la Ley de Licencia Médica y Familiar (FMLA)**

Habrán un **cargo de 25.00-40.00 USD** (tarifa basada en la extensión del papeleo) por completar todos los formularios de Seguro/Discapacidad y/o FMLA. Estos formularios requieren revisión médica así que por favor permita 7-10 días hábiles para su finalización.

**Política para Ausencias**

Sugar Land OMS se reserva el derecho de cobrar un **recargo de 45.00 USD** por no presentarse a las citas o un **recargo de 125.00 USD** para **citas de cirugía**. Para evitar este recargo, llame a nuestro consultorio para reprogramar o cancelar su cita por lo menos 48 horas antes de su cita programada. Este cargo no es facturable a su compañía de seguros y será su responsabilidad. **Para programar una cita para cirugía, la mitad del costo de la cirugía deberá pagarse el día que usted la programe.**

El consultorio es consciente de que hay muchas cosas que surgen en la vida cotidiana de las personas. El consultorio no puede asumir la responsabilidad financiera de las cancelaciones de última hora. El consultorio reserva tiempos específicos para cada paciente que permite la atención individual. Para ser justos con todos los pacientes, esta política estará vigente independientemente de la razón de la cancelación.

Los pacientes con seguro **Medicaid** que se ausenten, cancelen o reprogramen con menos de 48 horas de antelación más de dos veces no podrán volver a reprogramar.

**Llamadas fuera del horario de oficina**

El Dr. Yang está de guardia fuera de horario y los fines de semana para problemas médicos/dentales graves o para emergencias médicas/dentales. Para preguntas médicas/dentales de rutina o problemas menores, por favor llame durante las horas de oficina regulares.

Como hemos dicho anteriormente, el objetivo principal de nuestro centro es proporcionar la mejor atención médica/dental y servicios a las personas en nuestra comunidad. Le pedimos a todos los pacientes que paguen por su examen y tratamiento en su totalidad el día de cada visita a nuestro consultorio. En cuanto a los planes de seguro donde somos un proveedor participante, todos los copagos y deducibles son debidos antes del tratamiento.

He leído, comprendo y acepto cumplir la política de financiación establecida.

**También reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Sugar Land OMS, PA**

\_\_\_\_\_ (Iniciales del Paciente/Parte Responsable)

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Parte Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha



Eddy P. Yang, D.D.S., M.D  
15200 Southwest Freeway, Suite 360  
Sugar Land, Texas 77479  
Teléfono: 281-494-9433  
Fax: 281-494-9435

Correo Electrónico: [sugarlandsurgery@yahoo.com](mailto:sugarlandsurgery@yahoo.com)

### **Necesidades médicas**

En el caso de que su compañía de seguros determine que un procedimiento/anestesia no está cubierto debido a la falta de *necesidad médica*, los costes serán responsabilidad suya. Aunque la necesidad médica puede estar abierta a la interpretación de todas las partes implicadas en su atención, su compañía de seguros a menudo determinará que su tratamiento, prueba o procedimiento puede no ser necesario para su salud o necesario para tratar un problema médico o dental diagnosticado. Por ejemplo, su compañía de seguros puede considerar que la anestesia intravenosa que necesitará para la cirugía no es una necesidad médica.

### **Políticas del Consultorio**

La persona que acompañe al paciente es responsable de la cuenta, independientemente de quién sea el titular del seguro del paciente.

Solicitamos que la persona que acompañe al niño no abandone las instalaciones hasta que haya finalizado la cita, en caso de que surja alguna duda con respecto a la cita del niño.

Si usted tiene un seguro secundario, no significa necesariamente que los seguros combinados cubrirán su servicio al 100%. Depende de usted, el asegurado, saber cómo los dos planes coordinarán los beneficios. LA ÚNICA HMO (Organización de Mantenimiento de la Salud)/DMO (Organización de Mantenimiento Dental) CON LA QUE ESTAMOS AFILIADOS ES DELTA CARE USA (SE REQUIERE FORMULARIO DE ESPECIALIDAD). SI USTED TIENE UNA HMO /DMO, ENTONCES SU SEGURO NO PAGARÁ A NUESTRO CONSULTORIO, soy consciente que el seguro cubrirá un porcentaje estimado de la mayoría de los procedimientos dentales y la porción que no es cubierta por el seguro es debida al momento que los servicios son prestados.

Debido a las políticas de privacidad, no permitimos el uso de celulares o cámaras en las áreas de tratamiento. Puede hacer uso de su teléfono en la salas de espera.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

---

Paciente/Firma del Fiador

Fecha



**SUGARLAND**  
ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY

---

EDDY P. YANG, D.D.S., M.D.

---

## **INFORMACIÓN DE FARMACIA**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del paciente \_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia \_\_\_\_\_

Dirección de la farmacia \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número telefónico de la farmacia ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Alergias a Medicamentos

# HISTORIA CLÍNICA

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Responda todas las preguntas marcando Sí (S) o No (N)**

**Todas las respuestas son confidenciales**

- |   |                          | S                        | N                        |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Goza de Buena salud? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha habido algún cambio en su salud general en el último año?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Fecha de su último examen físico _____   |                          |                          |                          |
| 4. ¿Está bajo tratamiento médico por un problema particular?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Alguna vez ha sufrido una enfermedad grave, se ha sometido a operaciones u hospitalizaciones? Si es así describa:.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          |                          |
| 6. Tamaño _____ Peso _____  |                          |                          |                          |
| <b>7. TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ:</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A. Fiebre reumática o cardiopatía reumática?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. ¿Cardiopatías congénitas? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Enfermedades cardiovasculares (infarto de miocardio, problemas cardíacos, soplo cardíaco, enfermedad arterial coronaria, angina de pecho, hipertensión, derrames, palpitaciones, cirugía del corazón, marcapasos)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. ¿Enfermedades Pulmonares (Asma, Enfisema, Tos Crónica, Bronquitis, Neumonía, Tuberculosis, dificultad para respirar, Dolor en el Pecho, Tos intensa)? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Antecedentes de apnea del sueño (AOS).....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. Ataques, Convulsiones, Epilepsia, Desmayos o Mareos.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G. ¿Trastorno hemorrágico, Anemia, tendencia a sangrar, transfusiones? ¿Se le producen fácilmente hematomas?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H. ¿Enfermedades hepáticas (ictericia, hepatitis)?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I. ¿Enfermedad renal? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J. ¿Diabetes? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| K. ¿Enfermedad tiroidea (bocio)? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L. ¿Artritis? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M. ¿Úlceras de estómago o colitis? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| N. ¿Glaucoma? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O. Osteoporosis .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| P. ¿Implantes colocados en cualquier parte del cuerpo (Válvula cardíaca, marcapasos, cadera, rodilla)? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q. ¿Radioterapia (Rayos X) para el cáncer? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| R. ¿Chasquido en la articulación de la mandíbula, dolor cerca del oído, dificultad para abrir la boca, rechinar o apretar los dientes? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| S. ¿Problemas sinusales o nasales? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T. ¿Cualquier enfermedad, fármaco u operación de trasplante que haya deprimido su sistema inmunitario?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| U. Úlceras bucales frecuentes o recurrentes.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V. Infecciones recurrentes de cualquier tipo.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>8. ESTÁ USANDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES:</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A. ¿Antibióticos o sulfamidas? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. ¿Anticoagulantes (diluyentes de la sangre)?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. ¿Medicamentos como Motrin, Aleve, Ibuprofeno?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. ¿Medicamentos para la hipertensión? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Esteroides (cortisona, etc.)? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. Tranquilizantes .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |   |                          | S                        | N                        |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| G. ¿Insulina o antidiabéticos orales?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H. ¿Medicamentos para la tiroides?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I. Marihuana u otras drogas "callejeras" .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J. Antihistamínicos o descongestionantes (seldane)?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| K. Digitálicos, Inderal, Nitroglicerina u otro medicamento para el corazón?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L. Está tomando o alguna vez ha tomado Bisfosfonatos para osteoporosis, mieloma múltiple u otros cánceres (Fosamax, Actonel, Boniva, Aredia, Zometa)? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M. <b>Indique todos los medicamentos que toma, incluidos los recetados, los dietéticos, los de venta libre, los remedios a base de hierbas u holísticos, las vitaminas o los minerales:</b>   |                          |                          |                          |
|   |                          |                          |                          |
| <b>9. ES ALÉRGICO O HA TENIDO ALGUNA REACCIÓN ADVERSA A:</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A. ¿Anestesia local (novocaina, etc.)?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Penicilina u otros antibióticos?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. ¿Sedantes, Barbitúricos? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. ¿Aspirina o ibuprofeno? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. ¿Codeína u otros analgésicos?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. ¿Productos de látex o caucho?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G. ¿Otras alergias o reacciones? Por favor, inclúyalas.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          |                          |
| 10. ¿Fuma o masca tabaco? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Cuánto al día? .....   |                          |                          |                          |
| 11. ¿Vapea? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Consume alcohol? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Existe algún antecedente de dependencia del alcohol o de sustancias químicas o algún trastorno emocional que pueda afectar la atención que le proporcionamos?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Ha tenido algún problema grave relacionado con algún tratamiento dental previo? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Usted o algún familiar directo ha tenido algún problema asociado a la anestesia intravenosa?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Tiene alguna otra enfermedad, afección o problema no mencionado anteriormente que cree que el médico debería conocer?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. ¿Desea hablar con el médico en privado sobre cualquier tema? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>18. SOLO PARA MUJERES</b>  |                          |                          |                          |
| A. ¿Está embarazada? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fecha de la última menstruación _____   |                          |                          |                          |
| B. ¿Está amamantando? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. <b>Si está usando Anticonceptivos Orales</b> , es importante que comprenda que los antibióticos (y algunos otros medicamentos) pueden interferir con la eficacia de los anticonceptivos orales. Por lo tanto, deberá utilizar métodos anticonceptivos mecánicos durante un ciclo completo de píldoras anticonceptivas, hasta que finalice el tratamiento con antibióticos u otros medicamentos. Consulte a su médico para obtener más información. |                          |                          |                          |

**Entiendo la importancia de la veracidad de los antecedentes de salud para ayudar al médico a proporcionar la mejor atención posible. He tenido la oportunidad de hablar con mi médico sobre mis antecedentes de salud.**

Fecha \_\_\_\_\_

Firma de la persona que completa los antecedentes de Salud \_\_\_\_\_

Iniciales del Doctor \_\_\_\_\_