

Name:	_____
MRN:	_____
DOB:	____/____/____ ID# _____
Sex:	M ____ F ____ (or place label here)

# Historial de salud dental y formulario de responsabilidad del paciente

*-Dental Health History & Patient Responsibility Form*

Les hacemos estas preguntas a todas las personas. Se guardan en su expediente de salud y están protegidas por las leyes de privacidad. Le pedimos que sea honesto(a), para que podamos planear su atención de la mejor forma.

*-We ask these questions to everyone. They go into your health record and are protected under privacy laws. Please be honest, so that we can best plan your care.*

¿Necesita ayuda para llenar este formulario?  Sí  No  
*-Do you need help filling out this form? -Yes -No*

Su nombre preferido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*-Your Preferred Name -Date of Birth*

Nombre del padre, la madre o el tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
*-Parent/Guardian Name -Phone*

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
*-Emergency Contact Name -Phone*

## HISTORIAL DE SALUD (Preguntas relacionadas con los dientes) - HEALTH HISTORY (Dental Related Questions)

1. ¿Tiene dolor dental? .....  Sí  No  
*-Do you have dental pain? -Yes -No*

2. ¿Tiene sangrado en las encías? .....  Sí  No  
*-Do you have bleeding gums? -Yes -No*

3. ¿Tiene dientes sensibles? .....  Sí  No  
*-Do you have sensitive teeth? -Yes -No*

4. ¿Ha tenido una lesión en el rostro o mandíbula, o tiene dolor en la mandíbula? ....  Sí  No  
*-Have you had an injury to your face or jaw, or do you have jaw pain? -Yes -No*

5. ¿Ha tenido algún problema relacionado con el tratamiento dental en el pasado? ...  Sí  No  
*-Have you had a problem related to dental treatment in the past? -Yes -No*

6. ¿Se cepilla los dientes y usa hilo dental todos los días? .....  Sí  No  
*-Do you brush and floss your teeth each day? -Yes -No*  
 Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia? Cepillado de dientes \_\_\_\_\_ /día Hilo dental \_\_\_\_\_ /día  
*-If yes, how often? -Brush/day -Floss/day*

7. ¿Usa flúor (por ejemplo, pasta de dientes, enjuague bucal, tabletas)? .....  Sí  No  
*-Do you use fluoride (for example, toothpaste, rinses, tablets)? -Yes -No*  
 ¿Cómo obtiene su flúor? \_\_\_\_\_  
*-How do you get your fluoride?*

8. ¿Alguna vez ha tenido una dentadura postiza parcial o completa? .....  Sí  No  
*-Have you ever had a partial or full denture? -Yes -No*

9. ¿Cuándo fue su última consulta dental? Fecha: \_\_\_\_\_  
*-When was your last dental visit? -Date*

10. ¿Tiene un proveedor de servicios médicos? .....  Sí  No  
*-Do you have a medical provider? -Yes -No*  
 Si es así, mencione el nombre y el número telefónico del proveedor: \_\_\_\_\_  
*-If yes, please list provider's name and phone number*  
 Si es así, ¿cuándo fue su última consulta? \_\_\_\_\_  
*-If yes, when was your last visit?*

Name: \_\_\_\_\_  
MRN: \_\_\_\_\_  
DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_  
Sex: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_ (or place label here)

### 11. Cuéntenos sobre su consumo de tabaco:

-Tell us about your tobacco use

**Fuma actualmente todos los días / solía fumar / nunca ha fumado**

-Current every day smoker / -former smoker / -never smoker

¿De qué tipo?  Cigarros  Pipa  Puros  Tabaco en polvo ("snuff")  Tabaco para masticar  Vapeo  
-What type? -Cigarettes -Pipe -Cigars -Snuff -Chew -Vaping

¿Está listo(a) para dejar de fumar?.....  Sí  No  
-Are you ready to quit? -Yes -No

### 12. ¿Está embarazada o está tratando de quedar embarazada?..... Sí No N/A

-Are you pregnant, or are you trying to become pregnant? -Yes -No -N/A

¿Está amamantando?.....  Sí  No  
-Are you breastfeeding? -Yes -No

¿Está recibiendo atención prenatal en este momento?.....  Sí  No  
-Are you currently getting prenatal care? -Yes -No

## MEDICAMENTOS -MEDICATIONS

### 13. Mencione todos los medicamentos que está tomando actualmente (incluya medicamentos de venta con receta, de venta libre, vitaminas y suplementos): -Please list all medications you are currently taking (include prescriptions, over-the-counter drugs, vitamins and supplements)

\_\_\_\_\_

No estoy tomando ningún medicamento.  
-I am not taking any medications.

## ALERGIAS -ALLERGIES

### 14. ¿Tiene alguna alergia (por ejemplo, al látex o a la penicilina)?

-Do you have any allergies (for example, latex, penicillin)?

**No.** No tengo ninguna alergia.  **Sí.** Apunte el nombre de su alergia:  
-No. I am not allergic to anything. -Yes. Write the name of your allergy:

Alergia: \_\_\_\_\_ Reacción: \_\_\_\_\_  
-Allergy -Reaction

Alergia: \_\_\_\_\_ Reacción: \_\_\_\_\_  
-Allergy -Reaction

## Historial médico (preguntas médicas) -Health History (Medical Related Questions)

### 15. ¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes condiciones? (Marque todas las opciones que correspondan) -Have you ever had any of the following conditions? (check all that apply)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abuso en la adultez (víctima)<br>-Abuse as adult (victim)  | <input type="checkbox"/> Depresión -Depression   | <input type="checkbox"/> Historial de Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA, por sus siglas en inglés y también conocida como infección por estafilococo)<br>-MRSA History (Staph Infection) |
| <input type="checkbox"/> Abuso en la niñez (víctima)<br>-Abuse as child (victim)  | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus -Diabetes Mellitus  | <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio (ataque cardíaco)<br>-Myocardial Infarction (Heart Attack)  |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de déficit de atención/déficit de atención con hiperactividad (ADD/ADHD, por sus siglas en inglés) -ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Adicción a las drogas -Drug Addiction                                       | <input type="checkbox"/> Trastorno nervioso/muscular<br>-Nerve/Muscle Disorder  |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo -Alcoholism  | <input type="checkbox"/> Enfisema -Emphysema   | <input type="checkbox"/> Osteoporosis (debilidad de los huesos)<br>-Osteoporosis (Bone Weakness)  |
| <input type="checkbox"/> Alergias -Allergies  | <input type="checkbox"/> Glaucoma -Glaucoma  | <input type="checkbox"/> Marcapasos -Pacemaker  |
| <input type="checkbox"/> Anemia -Anemia   | <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas -Heart Disease                                       | <input type="checkbox"/> Convulsiones -Seizures   |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad -Anxiety  | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca -Heart Failure                                       | <input type="checkbox"/> Anemia falciforme -Sickle Cell Anemia  |
| <input type="checkbox"/> Artritis/trastorno de las articulaciones<br>-Arthritis/Joint Disorder  | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco -Heart Murmur  | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual (STD, por sus siglas en inglés)<br>-STD (Sexually Transmitted Disease)  |
| <input type="checkbox"/> Asma -Asthma   | <input type="checkbox"/> Corazón: endocarditis -Heart: Endocarditis                                  | <input type="checkbox"/> Úlceras estomacales -Stomach Ulcers  |
| <input type="checkbox"/> Autismo -Autism  | <input type="checkbox"/> Historial de transfusión de sangre<br>-History of Blood Transfusion         | <input type="checkbox"/> Derrame -Stroke  |
| <input type="checkbox"/> Fractura en la mandíbula -Broken Jaw   | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA -HIV/AIDS  | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea -Thyroid Disease   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer -Cancer   | <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia (colesterol alto)<br>-Hyperlipidemia (High Cholesterol)      | <input type="checkbox"/> Tuberculosis -Tuberculosis   |
| <input type="checkbox"/> Cataratas -Cataracts   | <input type="checkbox"/> Hipertensión (presión arterial alta)<br>-Hypertension (High Blood Pressure) | <input type="checkbox"/> Otra -Other: _____   |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de coagulación -Clotting Disorder  | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal -Kidney Disease  |   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) -COPD   | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática/hepatitis<br>-Liver Disease/Hepatitis                   |   |
|   | <input type="checkbox"/> Meningitis -Meningitis  |   |
|   | <input type="checkbox"/> Trastorno de salud mental<br>-Mental Health Disorder                        |   |

Name: \_\_\_\_\_  
 MRN: \_\_\_\_\_  
 DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_  
 Sex: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_ (or place label here)

**16. ¿Ha tenido alguna de las siguientes cirugías?**

*-Have you ever had any of the following surgeries?*

- |   |                                 |  |
|---|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulación<br><i>-Joint replacement</i> | ¿Cuándo? _____<br><i>-when?</i> | ¿Qué articulación? _____<br><i>-which joint?</i> |
| <input type="checkbox"/> Cirugía del corazón<br><i>-Heart surgery</i>           | ¿Cuándo? _____<br><i>-when?</i> | ¿De qué tipo? _____<br><i>-what kind?</i>        |
| <input type="checkbox"/> Otra<br><i>-Other</i>                                  | ¿Cuándo? _____<br><i>-when?</i> | ¿De qué tipo? _____<br><i>-what kind?</i>        |

**OTRO -OTHER**

**17. ¿Ir al dentista le provoca ansiedad?**

*-Does going to the dentist make you anxious?*

- Sí  No  
*-Yes -No*

**18. ¿Cuáles son sus objetivos para mantener su boca y sus dientes sanos?**

*-What are your goals for keeping your mouth and teeth healthy?*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Usar hilo dental con más frecuencia<br><i>-Floss more</i> | <input type="checkbox"/> Cepillarme los dientes con más frecuencia<br><i>-Brush more</i>            |
| <input type="checkbox"/> Consumir menos azúcar<br><i>-Eat/drink less sugar</i>     | <input type="checkbox"/> Usar pasta de dientes con flúor<br><i>-Use fluoride toothpaste</i>         |
| <input type="checkbox"/> Dejar de fumar/usar tabaco<br><i>-Quit tobacco use</i>    | <input type="checkbox"/> Ir a revisiones dentales regulares<br><i>-Get regular dental check ups</i> |

**19. ¿De qué forma aprende mejor?**

*-How do you learn best?*

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Leyendo información<br><i>-Reading information</i>             | <input type="checkbox"/> Escuchando información<br><i>-Hearing information</i> | <input type="checkbox"/> Con imágenes<br><i>-Pictures</i> |
| <input type="checkbox"/> Al hacer algo (practicar)<br><i>-Learn by doing (hands on)</i> |  |   |

**20. ¿Cómo desea recibir información?**

*-How do you want to get information?*

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Por escrito<br><i>-In writing</i> | <input type="checkbox"/> Verbalmente<br><i>-Tell me</i> | <input type="checkbox"/> Enséñenme<br><i>-Show me</i> |
|--|---|---|

**21. ¿Hay alguna otra cosa sobre la que le gustaría platicar con su proveedor el día de hoy?**

*-Is there anything else you would like to discuss with your provider today?*

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

# Derechos y responsabilidades del paciente -Patient Rights and Responsibilities

## Asistir a las citas -Keeping Appointments

- Si no puede asistir a su cita, llame a la clínica al menos 4 horas antes de la hora de su cita. Esto nos permite programar a otro paciente que esté esperando una cita. Si falta a 3 citas en un periodo de 12 meses, no podrá programar una cita dental. En cambio, quedará en modo de espera durante un año. Cuando está en modo de espera, no podemos garantizar que lo(a) atenderán ese día. También puede llamar el mismo día que le gustaría que lo(a) atendieran para ver si un proveedor tiene una cita disponible.

*-If you cannot come to your appointment, please call the clinic at least 4 hours before your appointment time. This lets us schedule another patient waiting to be seen. If you miss 3 appointments in a rolling 12 months, you will not be able to schedule a dental appointment. Instead, you will be on standby (sit and wait) status for one year. When on standby status, there is no guarantee you will be seen that day. You may also call the same day you would like care to see if a provider has an available appointment.*

- Por favor, llegue a tiempo a sus citas. Si llega tarde, es probable que su proveedor no pueda recibirlo(a) o solo pueda completar una parte de su tratamiento.

*-Please be on time for your appointments. If you arrive late, your provider may not be able to see you, or may only complete part of your treatment.*

## Política de pagos -Payment Policy

- Si no tiene seguro, tendrá que pagar una cuota de su propio bolsillo al momento de registrarse, que se calculará con base en el tamaño de su familia y sus ingresos.

*-If you are uninsured, you will be expected to pay an out-of-pocket fee at the time of check-in, based on your family size and income.*

## Niños -Children

- Un padre, una madre o un tutor legal debe estar presente en todas las consultas iniciales, de recuperación y de revisión para los niños menores de 15 años de edad. Puede dar su permiso para que otro cuidador (de 18 años de edad o más) lleve a sus hijos al resto de las consultas y dé su consentimiento después de firmar un formulario aparte.

*-A parent or legal guardian must be present at all first, recall & consult exam visits for child(ren) under the age of 15. You can give permission to another caregiver (age 18 or older) to bring your child(ren) to all other visits and consent to treatment after you sign a separate form.*

- Su proveedor decidirá si le permitirá entrar con sus hijos al área de tratamiento cuando usted esté recibiendo tratamiento. Es posible que le pidan traer a un amigo o familiar para que cuide a sus hijos en la sala de espera mientras usted recibe tratamiento.

*-Your provider will decide if you are allowed to bring your child(ren) with you into the treatment area when you are being treated. You may be asked to bring a friend or family member to watch your children in the waiting area while you are being treated.*

- Le podrían pedir que espere en la sala de espera mientras sus hijos reciben tratamiento.

*-You may be asked to stay in the waiting area while your child(ren) is being treated.*

## Tratamiento por parte de estudiantes -Treatment by Students

- Tenemos a estudiantes dentistas, higienistas dentales y asistentes dentales trabajando con nosotros. Un estudiante podría hacerse cargo de su tratamiento durante la consulta.

*-We have student dentists, dental hygienists and dental assistants working with us. You may be treated by a student during your appointment.*

He leído este formulario, o me lo han leído, y entiendo y acepto toda la información.

*-I have read this form, or it has been read to me, and I understand and agree to all information.*

---

**Firma del cliente, padre, madre o tutor**

*-Client, Parent or Guardian Signature*

**Fecha**

*-Date*

---

**Firma del proveedor dental**

*-Dental Provider Signature*

**Fecha**

*-Date*

---

**Nombre del/de la intérprete**

*-Interpreter Name*

**Fecha**

*-Date*