

**Gabrie Dental Center**  
**Dr. Linda Hu**  
**212 S. Atlantic Blvd., 103**  
**Los Angeles, CA 90022**

**REGISTRO DEL PACIENTE E HISTORIA CLÍNICA**

Fecha \_\_\_\_\_ (POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA) Teléfono Particular \_\_\_\_\_

Paciente \_\_\_\_\_

*Apellido*                      *Primer Nombre*                      *Inicial*                      *Nombre Preferido*

Dirección: Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Separado(a)  Divorciado(a)

Empleado(a) por \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador \_\_\_\_\_

Nombre del Cónyuge/Padre o Madre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Cónyuge/Padre o Madre \_\_\_\_\_

Cónyuge/Padre o Madre Empleado por \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador \_\_\_\_\_

¿Quién es responsable por esta cuenta? \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social del Cónyuge/Padre o Madre \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía del Seguro Dental \_\_\_\_\_ Grupo Número \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, ¿a quién se deberá notificar? \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿A quién podemos agradecer por habernos referido a Ud.? \_\_\_\_\_

**HISTORIA CLÍNICA**

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Fecha del Último Examen Físico \_\_\_\_\_

¿Ha tenido Ud. alguna vez algo de lo siguiente? (Marque las casillas que correspondan)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco                                     | <input type="checkbox"/> Epilepsia                                    | <input type="checkbox"/> Dieta Especial                 |
| <input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Alta                             | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza                            | <input type="checkbox"/> Glándulas del Cuello Hinchadas |
| <input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Baja                             | <input type="checkbox"/> Hepatitis, Ictericia o Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática               |
| <input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios                            | <input type="checkbox"/> Cáncer                                       | <input type="checkbox"/> Problemas de la Sinus          |
| <input type="checkbox"/> Problemas Nerviosos                                | <input type="checkbox"/> Tratamiento Siquiátrico                      | <input type="checkbox"/> SIDA/HIV                       |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia                                       | <input type="checkbox"/> Prolapso de la Válvula Mitral                | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides      |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones o Válvulas del Corazón Artificiales | <input type="checkbox"/> Alergias a Anestésias                        | <input type="checkbox"/> Embolia Cerebral               |
| <input type="checkbox"/> Reciente Pérdida de Peso                           | <input type="checkbox"/> Alergias a Medicinas o Drogas                | <input type="checkbox"/> Úlcera                         |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la Espalda                            | <input type="checkbox"/> Alergias Generales                           | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas          |
| <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre                      | <input type="checkbox"/> Drogaadicción                  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias                         | <input type="checkbox"/> Artritis                                     | <input type="checkbox"/> Hemofilia                      |

¿Tiene Ud. alguna alergia a medicamentos, o ha tenido Ud. alguna vez una reacción adversa a algún medicamento? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué? \_\_\_\_\_

¿Ha reaccionado Ud. alguna vez adversamente a un tratamiento médico o dental? \_\_\_\_\_

¿Está tomando Ud. actualmente algún medicamento? \_\_\_\_\_ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? \_\_\_\_\_

¿Está Ud. bajo el cuidado de un médico?  Sí  No

¿Por el tratamiento de qué condiciones? \_\_\_\_\_

Si el paciente es un niño, ¿cuánto pesa el niño? \_\_\_\_\_

(Mujeres) ¿Sospecha Ud. que está embarazada?  Sí  No                      ¿Está Ud. amamantando a un bebe? Sí  No

¿Hay alguna otra cosa que nosotros debiéramos saber sobre su historia clínica? \_\_\_\_\_

La información de arriba es correcta y completa, a mi leal saber y entender, y se proporciona con el único objeto de que se use en mi tratamiento, para facturación, y para procesamiento ante el seguro de los beneficios a los que tengo derecho. Yo no haré responsable a mi dentista ni a ningún integrante de su personal por errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

(SIGUE AL DORSO)

**Gabrie Dental Center**  
**Dr. Linda Hu**  
**212 S. Atlantic Blvd., 103**  
**Los Angeles, CA 90022**

**TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Yo, el suscrito, tengo seguro con \_\_\_\_\_  
*Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros*

y traspaso directamente al Dr. \_\_\_\_\_ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera son pagaderos a mí, por servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, ya sea que son pagados por el seguro o no. Por el presente yo autorizo al doctor a divulgar toda la información que sea necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones que se hagan ante el seguro, ya sea que son hechas manualmente o electrónicamente.

\_\_\_\_\_  
*Fecha* \_\_\_\_\_ *Firma*

**CONSENTIMIENTO SOBRE MENOR/NIÑO**

Yo, siendo el padre o tutor de \_\_\_\_\_ por el presente  
*Nombre del menor/niño*

solicito del y autorizo al personal dental que preste los servicios dentales necesarios para mi niño, incluyendo pero no limitados a, radiografías y la administración de anestesia, que sean considerados aconsejables por el doctor, sea que yo esto presente o no en la cita dental cuando el tratamiento se lleva a cabo.

\_\_\_\_\_  
*Fecha* \_\_\_\_\_ *Firma del Asegurado/Tutor*

**ACUERDO FINANCIERO**

Yo acepto que el pago de los servicios dentales se vence cuando se realiza el tratamiento, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Yo estoy de acuerdo en que los padres o los tutores son responsables por todos los honorarios y servicios prestados para el tratamiento de un menor/niño. Yo acepto responsabilidad financiera total por todos los cargos no cubiertos por el seguro.

\_\_\_\_\_  
*Fecha* \_\_\_\_\_ *Firma de Asegurado/Tutor*

**ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA**

¿Ha ocurrido algún cambio en su salud desde su última cita dental?  Sí  No

¿Para qué condiciones? \_\_\_\_\_

¿Está tomando Ud. algún medicamento nuevo? \_\_\_\_\_ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Fecha* \_\_\_\_\_ *Firma del Paciente*

\_\_\_\_\_  
*Fecha* \_\_\_\_\_ *Firma del Dentista*

**ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA**

¿Ha ocurrido algún cambio en su salud desde su última cita dental?  Sí  No

¿Para qué condiciones? \_\_\_\_\_

¿Está tomando Ud. algún medicamento nuevo? \_\_\_\_\_ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Fecha* \_\_\_\_\_ *Firma del Paciente*

\_\_\_\_\_  
*Fecha* \_\_\_\_\_ *Firma del Dentista*

**Gabrie Dental Center**  
**Dr. Linda Hu**  
**212 S. Atlantic Blvd., 103**  
**Los Angeles, CA 90022**

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE AL TRATAMIENTO**

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

Entiendo que se me hará el siguiente tratamiento y autorizó el tratamiento indicado.

Radiografías \_\_\_\_\_ Examinación \_\_\_\_\_ Limpieza \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_

1. **TRATAMIENTO NECESARIO** — Entiendo que se me hará el siguiente tratamiento: Rellenos \_\_\_\_\_ Puentes \_\_\_\_\_  
Coronas \_\_\_\_\_ Extracciones \_\_\_\_\_ Dientes Enterrados \_\_\_\_\_ Tratamiento de Nervio \_\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_

Iniciales \_\_\_\_\_

2. **MEDICAMENTOS** — Entiendo que los antibioticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones adversas. Algunas de las cuales son, rojez, e inflamación de los tejidos, dolor, picazón, vomitos y/o paro cardiaco.

Iniciales \_\_\_\_\_

3. **CAMBIOS EN EL TRATAMIENTO** — Comprendo que durante el tratamiento podría haber cambios necesarios ó añadir procedimientos debido a la condición de los dientes que no fueron descubiertos durante el exámen, siendo, el más común el tratamiento de nervio. Yo autorizó al Dentista hacer los cambios y/o adiciones necesarias una vez que se me informe.

Iniciales \_\_\_\_\_

4. **EXTRACCION DE LOS DIENTES** — Se me ha explicado las alternativas para la extracción (tratamiento de nervio, coronas, y endodoncia, etc.) y autorizó al Dentista para extraer los siguientes dientes \_\_\_\_\_ y hacer cualquier procedimiento necesario por las razones explicadas en el parrafo #3. Yo comprendo que al extraer los dientes algunas veces no se remueve toda la infección, y puede ser necesario tratamiento futuro. Entiendo que existen riesgos en la extracción de un diente, tales como: dolor, inflamación, extensión de la infección, pérdida de sensación del diente, labios, lengua, y los tejidos de alrededor, que puede durar por un tiempo indefinido (días ó meses) ó fractura de las quijadas. Entiendo que las complicaciones puedan requerir tratamiento futuro por un especialista u hospitalización.

Iniciales \_\_\_\_\_

5. **CORONAS, PUENTES Y RELLENOS** — Entiendo que algunas veces no es posible igualar el color natural de los dientes con dientes artificiales. Tambien entiendo que quizas use coronas temporales, las cuales se pueden caer fácilmente, por lo tanto debó de ser cuidadoso en mantenerlas en su sitio hasta que las coronas permanentes se han puestas. La última oportunidad para hacer cambios en mi nueva corona, puente ó relleno (incluyendo forma, tamaño, y color) debe ser antes de colocarla con cemento. También comprendo que mis encias pueden inflamarse hasta que sanen completamente. Durante el período de sanación la encia alrededor del diente parecera más pequeña, algunas veces haciendo ver el diente más largo que el diente natural.

Iniciales \_\_\_\_\_

6. **DENTADURAS COMPLETAS Ó PARCIALES** — Entiendo que las dentaduras completas o parciales son artificiales, construídas de plástico, metal, y/o porcelana. Se me ha explicado de los problemas al usar estas dentaduras postizas tales como: dentadura floja, dolor, y posible rotura. La última oportunidad para hacer cambios en mi nueva dentadura (incluyendo forma, tamaño, colocación del diente y color) será cuando se me muestre mi dentadura en cera. Entiendo que la mayoría de dentaduras requieren de un reajuste en aproximadamente de 3 a 12 meses después de la colocación inicial. El costo de este procedimiento no está incluido en la cuota inicial.

Iniciales \_\_\_\_\_

7. **ENDODONCIA** — Entiendo que un tratamiento de nervio no garantiza la salvación de mi diente, y que pueden ocurrir complicaciones durante el tratamiento, y que ocasionalmente objetos de metal son colocados en el diente ó extendidos a la raíz que no necesariamente afecta el éxito del tratamiento. Entiendo que tratamientos quirúrgicos adicionales pueden ser necesarios después del tratamiento de nervio.

Iniciales \_\_\_\_\_

8. **PERDIDA PERIODICA DEL TEJIDO Y HUESO** — Yo entiendo que puedo tener condiciones serias causando inflamación de la encia y perdida del hueso que puede llevar a la perdida de mis dientes. Se me han explicado tratamientos alternativos tales como: cirugía de la encia, reemplazos y/o extracciones. Entiendo que bajo cualquier tratamiento dental pueden existir efectos adversos en mis problemas de la encia.

Iniciales \_\_\_\_\_

Yo entiendo que la Odontologia no es una ciencia exacta por lo tanto los Profesionales no garantizan los resultados. Comprendo que no se me ha garantizado el tratamiento dental y que cada Dentista individualmente es un Profesional responsable por el cuidado dental adquirido.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**[Doctor]** \_\_\_\_\_ **[Witness]** \_\_\_\_\_