



FALKE ORAL & FACIAL SURGERY

Dr. Ryan Falke

475 Somerset Blvd
Suite B Reno, NV
89523
p: 775.284.2500

Fecha de hoy _____

Información del paciente:

Sr. Sra. Srta. Dr. Nombres _____ M.I. _____ Apellidos _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Seg. Social. # _____ E-mail _____

Calle _____ Apto. _____ Ciudad _____ Provincia _____ C.P. _____

Teléfono(_____) _____ Celular.(_____) _____ Alguna vez ha sido paciente de nuestra practica? Si No

Referido por _____ NOMBRE _____ APELLIDO _____ Alguno de sus familiares ha sido nuestro paciente? Si No

Dentista _____ NOMBRE _____ APELLIDO _____ Ortodontista _____ NOMBRE _____ APELLIDO _____ Doctor _____ NOMBRE _____ APELLIDO _____

Familiar cercano que no viva con usted _____ NOMBRE _____ APELLIDO _____ Telf(_____) _____

Empleador _____ Telf.(_____) _____ Ext. _____

En caso de emergencia por favor contactar a _____ Telf. (_____) _____ Relación _____

Esposo (a) u otro fiador de información: (si es diferente al ya mencionado)

Nombres _____ NOMBRE _____ APELLIDO _____ Relación _____ S.S.# _____ Fecha de Nacimiento _____

Calle _____ Apto. _____ Ciudad _____ Provincia _____ C.P. _____

Telf. (_____) _____ Empleador _____ Telf.(_____) _____

Información del Seguro:

Estudiante: Tiempo completo Medio tiempo No. Nombre de la escuela y dirección _____

NOMBRE DE LA ESCUELA _____ DIRECCION _____
CIUDAD _____ STATE _____ CP _____

Compañía principal de Seguro dental:

Nombre del asegurado _____ NOMBRE _____ APELLIDO _____

Relación _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F

Domicilio postal _____

Ciudad _____ Provincia _____ CP _____

Seguro social # _____

Teléfono. (_____) _____ Celular. (_____) _____

_____ Custodia / Orden judicial a lugar? Si No

Empleador _____

Nombre el grupo _____

Compañía de seguros _____

Identificación # _____ PPO HMO

Compañía de seguros médicos principal:

Nombre del asegurado _____ NOMBRE _____ APELLIDO _____

Relación _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo: M F

Domicilio postal _____

Ciudad _____ Provincia _____ CP _____

Seguro social # _____

Teléfono. (_____) _____ Celular (_____) _____

_____ Custodia / Orden judicial a lugar? Si No

Empleador _____

Nombre del grupo _____

Compañía de seguros _____

Identificación # _____ PPO HMO

Compañía de Seguro dental secundaria:

Nombre del asegurador _____ NOMBRE _____ APELLIDO _____

Relación _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo: M F

Domicilio postal _____

Ciudad _____ Provincia _____ C.P. _____

Seguro social # _____

Teléfono. (_____) _____ Celular. (_____) _____

_____ Custodia / Orden Judicial a lugar? Si No

Empleador _____

Nombre del grupo _____

Compañía de seguros _____

Identificación # _____ PPO HMO

Compañía de Seguro médico secundaria:

Nombre del asegurador _____ NOMBRE _____ APELLIDO _____

Relación _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F

Domicilio postal _____

Ciudad _____ Provincia _____ C.P. _____

Seguro social # _____

Teléfono. (_____) _____ Celular (_____) _____

_____ Custodia / Orden judicial a lugar? SI No

Empleador _____

Nombre del Grupo _____

Compañía de seguros _____

Identificación # _____ PPO HMO

Historia medical:

Para nuestros pacientes: a pesar de que los cirujanos orales principalmente tratan el área adentro y alrededor de su boca, su boca es solo una parte de todo su cuerpo. Los problemas de salud que podría padecer, o la medicación que usted podría estar tomando puede tener una importante interrelación con el cuidado que recibirá, gracias por responder las siguientes preguntas. Sus respuestas son para nuestros registros y serán consideradas confidenciales.

Razón de su visita _____

- | | si | no |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Estatura _____ Peso _____ ¿Posee ud un buen estado de salud? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ha habido algún cambio con respecto a su salud desde el año pasado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Esta ud. Bajo el cuidado de algún doctor? Fecha de su última visita: _____ <i>¿Si la respuesta es si indique que está siendo tratado?</i> _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha tenido ud alguna enfermedad, operación o ha sido hospitalizado en los últimos cinco años? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Si la respuesta es si, explique</i> _____ | | |
| 5. Tiene usted sin sanar / heridas recurrentes, áreas inflamadas, crecimientos o puntos dolorosos adentro o | | |
| 6. alrededor de su boca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Si la respuesta es si indique donde</i> _____ | | |
| 7. Tiene usted alguna prótesis de articulación/ implante / remplazo de valvular coronaria? <i>¿Donde?</i> _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Alguna vez ha recibido anestesia general? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ha tenido usted o alguno de sus familiares alguna reacción inusual o seria hacia la anestesia general? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Ha tenido, o actualmente tiene: | si | no |
|---|----|----|
| 11. Asma | | |
| 12. ¿Dificultad para respirar? | | |
| 13. ¿Otros problemas pulmonares / tos? | | |
| 14. ¿Marca pasos / Válvula cardiaca sustituida? | | |
| 15. ¿Problemas cardiacos? | | |
| 16. ¿Dolor de pecho? | | |
| 17. ¿Pulsaciones irregulares? | | |
| 18. ¿Cirugía de corazón? | | |
| 19. ¿Accidente cerebrovascular (ACV)? | | |
| 20. ¿ Problemas para subir dos tramos de la escalera? | | |
| 21. ¿Presión sanguínea alta o baja? | | |
| 22. ¿Apnea del sueño / Usa CPAP? | | |
| 23. ¿Desordenes sanguíneos? | | |
| 24. ¿Moretones / Sangra fácilmente? | | |
| 25. ¿Hepatitis / Enfermedades del hígado? | | |
| 26. ¿ Se desmaya con facilidad? | | |
| 27. ¿Convulsiones? | | |
| 28. ¿Problemas de la tiroides? | | |
| 29. ¿Diabetes? | | |
| 30. ¿Problemas renales? | | |
| 31. ¿Diálisis? | | |
| 32. ¿Colesterol alto? | | |
| 33. ¿Artritis? | | |
| 34. ¿Osteoporosis? | | |
| 35. ¿Prótesis de alguna articulación? | | |
| 36. ¿Ulceras estomacales / Reflujo? | | |
| 37. ¿Problemas del Sistema inmunológico? | | |

| Ha tenido, o actualmente tiene: | si | no |
|--|----|----|
| 38. ¿ Sana lentamente? | | |
| 39. ¿Tumor o crecimiento? | | |
| 40. ¿Cáncer / Radiación / Quimioterapia? | | |
| 41. ¿Enfermedades oculares / glaucoma? | | |
| 42. ¿Problemas mentales / ansiedad / depresión? | | |
| 43. ¿Retraso del desarrollo? | | |
| 44. ¿Prótesis dental removible? | | |
| 45. ¿Dolor o chasquido en la mandíbula? | | |
| 46. ¿Enfermedad Contagiosa? | | |
| 47. ¿Alguna otra condición / problema que no esté en la lista? | | |
| 48. Otra condición: _____ | | |
| 49. ¿Fuma? | | |
| 50. # paquetes / día _____ | | |
| 51. ¿Toma alcohol? | | |
| 52. Frecuencia? _____ | | |
| 53. ¿Drogas ilícitas? | | |

Solo mujeres: (preguntas 67-70)

- | | yes | no | | yes | no |
|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 67. Existe la posibilidad de estar embarazada? . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 69. ¿Esta Ud. amamantando? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 68. ¿Fecha estimada de parto? _____ | | | 70. ¿Se encuentra tomando píldoras anticonceptivas? . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

nota: antibióticos (como la penicilina) puede alterar la efectividad de las píldoras anticonceptivas. Consulte a su Dr. sobre otros métodos anticonceptivos.

Por medio de la presente reconozco que una copia de la notificación de las prácticas de privacidad de esta oficina estarás disponibles para mí. Se me ha dado la oportunidad de preguntar cualquier pregunta con respecto a esta notificación.

X

Firma del paciente (*Padre o Guardian del menor*)

X

Fecha