



Formulario de Historial Médico

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Nombre del Médico: _____ Teléfono: _____
Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente:

¿Es usted alérgico a alguno de los siguientes?

S N
☐ ☐

Anestesia Local

☐ ☐

Aspirina

☐ ☐

Penicilina u otros Antibióticos

☐ ☐

Codeína u otros Narcóticos

☐ ☐

Sulfa

☐ ☐

Barbitúricos, Sedantes o Pastillas para Dormir

S N
☐ ☐

Metales

☐ ☐

Fiebre del heno / Estacional

☐ ☐

Goma de látex

☐ ☐

Yodo

☐ ☐

Alimentos

☐ ☐

Otro

¿Tiene alguna de las siguientes condiciones médicas?

S N
☐ ☐

Historia de los Problemas Cardíacos

☐ ☐

Problemas de Sangrado

☐ ☐

Válvulas Cardíacas Reemplazadas/Dañadas

☐ ☐

Marcapasos

☐ ☐

Presión Arterial Alta o Baja

☐ ☐

Anemia

☐ ☐

SIDA/VIH

☐ ☐

Enfermedad de Transmisión Sexual

☐ ☐

Osteoporosis

☐ ☐

Enfermedad de Tiroides

☐ ☐

Trastorno del Sueño/Ronquidos

☐ ☐

Vértigo

S N
☐ ☐

Artritis

☐ ☐

Enfermedad autoinmune

☐ ☐

Problema Pulmonar

☐ ☐

Tratamiento Psiquiátrico

☐ ☐

Nefropatía

☐ ☐

ACV

☐ ☐

Problema Gastrointestinal / ERGE / Úlcera

☐ ☐

Diabetes

☐ ☐

Convulsiones / Epilepsia

☐ ☐

Trastorno Neurológico

☐ ☐

Dolor Crónico o dolor de Cabeza

Otras Condiciones Médicas _____

¿Utiliza sustancias controladas (drogas)? _____

¿Consume tabaco? Si es así, ¿de qué tipo y cuánto? _____

¿Es necesario tomar antibióticos profilácticos para procedimientos dentales? (S/N) _____

¿Está tomando algún agente antirresortivo (como Fosamax, Actonel, Atelvia, Boniva, Reclast, Prolia) para la osteoporosis o la enfermedad de Paget? (S/N) _____

SOLO MUJERES: ¿Está embarazada? (S/N) _____

Firma : _____



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nos complace darle la bienvenida a nuestro consultorio. Tómese unos minutos para completar este formulario de la forma más completa posible. Si tiene alguna pregunta nos complacerá ayudarlo.

PERSONAL

Nombre: _____
Apellido Nombre Inicial del Segundo Nombre (Preferido)

Fecha de Nacimiento: _____ NÚMERO DE SS: _____ Género ☐ M ☐ F Casado: ☐ S ☐ N

Teléfono del Trabajo: _____ Teléfono Inalámbrico: _____

Correo Electrónico: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del Contacto de Emergencia: _____ Número de Teléfono de Contacto de Emergencia: _____

¿Tiene miedo de venir al dentista? (S/N) En caso afirmativo, ¿cuánto miedo tiene del 1 al 10?

¿Cómo se enteró de nosotros?

Búsqueda en Línea, Boca en Boca, Seguros, Tarjeta Postal, Cartel del Edificio, Otro

DIRECCIÓN Y TELÉFONO PARTICULAR

Marque la casilla si es igual para toda la familia: ☐

Dirección: _____

Dirección 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección: _____

Teléfono Particular: _____

PÓLIZA DE SEGURO 1

Su Parentesco con el Suscriptor: ☐ Yo mismo ☐ Cónyuge ☐ Hijo

Nombre del Suscriptor: _____ N.º de Identificación del Suscriptor: _____

Compañía de Seguros: _____ Teléfono: _____

Empleador: _____ Nombre del Grupo: _____ N.º de Grupo: _____



Consentimiento Informado para el Tratamiento Dental

A mi leal saber y entender, la información proporcionada anteriormente es completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si ocurre algún cambio en mi salud o en la de mi hijo menor.

Si tengo seguro dental, asigno directamente a Rapha Dental todos los beneficios del seguro, si los hubiera, pagaderos a mí por el servicio prestado. Entiendo que soy responsable de todos los cargos en los que incurra, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones de seguros.

El consultorio odontológico mencionado anteriormente puede usar mi información médica y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguros nombrada(s) y a sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios a pagar por los servicios correspondientes. Este consentimiento finalizará cuando se complete el plan de tratamiento actual o un año después de la fecha de la firma a continuación.

Acuse de Recibo de HIPAA

Reconozco que he recibido o se me ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Rapha Dental (disponible en www.raphadentalllc.com), con vigencia a partir del 16 de febrero de 2026.

Nombre de la Firma del Paciente o Tutor y Fecha

Firma

Política de la Oficina Respecto de los Requisitos de Cambio de Cita o Aviso de Cancelación

Comprenda que en Rapha Dental su cita con el dentista representa un valioso tiempo profesional, no solo a nuestro médico, sino a todo nuestro personal. La hora de su cita está reservada exclusivamente para usted a fin de que podamos brindarle toda nuestra atención.

Respetamos el valor de su tiempo y le pedimos amablemente que también respete y valore nuestro tiempo. Debido a la naturaleza individual de cada cita, se requiere un aviso de 48 horas para cualquier cancelación o cambio que sea necesario para su horario designado.

Mi firma a continuación indica que comprendo la importancia de esta cita y estoy dispuesto a aceptar estos requisitos. También entiendo que seré responsable de un cargo de \$ 89 si no realizo dicha notificación.

Firma

Fecha



Consentimiento Informado para el Tratamiento Dental

Si tiene alguna pregunta, consulte a su médico antes del inicio del tratamiento

1. Consentimiento Preliminar para Tratamiento

Entiendo que es posible que me hagan alguno o todos los siguientes procedimientos hoy: Examen, radiografías, "Rayos X" y limpieza "Profiláctica"

2. Medicamentos, Sustancias, Anestesia Local y Afecciones Médicas

Comprendo que los antibióticos, los analgésicos, los "medicamentos para el dolor", los anestésicos, el látex y otras sustancias pueden causar reacciones alérgicas, lo cual puede provocar enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, picazón, dolor, vómitos y/o reacciones alérgicas más graves. Riesgos, beneficios y alternativas de la anestesia local, incluyendo, entre otros, la parestesia temporal o permanente, fueron discutidos. He informado al dentista de cualquier alergia y/o afección médica conocida, incluido la posibilidad de embarazo

3. Cambios en el Plan de Tratamiento

Comprendo que, durante el tratamiento, puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a condiciones que se presenten durante el tratamiento y que no fueron evidentes al realizar el examen inicial. Algunos de estos cambios son, entre otros, el tratamiento de conducto que es necesario después de la colocación de "empastes profundos", o coronas, recomendadas después de la colocación de "empastes grandes". Autorizo a mi dentista a realizar cambios y/o adiciones a mi plan de tratamiento según sea necesario

4. Beneficios Dentales

Comprendo que el tratamiento que recomienda mi dentista está basado en lo que él o ella determina que es mejor para mi salud dental y no necesariamente en lo que pagará un plan de seguro. Por lo tanto, entiendo que mi seguro (si corresponde) puede no cubrir todos los aspectos de mi plan de tratamiento, y que seré responsable del pago de cualquier tratamiento que no esté cubierto por el plan de seguro. Comprendo que el plan de tratamiento que me han propuesto es una estimación de los beneficios del seguro y que mi cobertura real puede diferir debido a limitaciones en la frecuencia, cobertura grupal, información incompleta proporcionada por mi compañía de seguros, etc. También reconozco que soy responsable de cualquier saldo restante en el caso de que mi cobertura de seguro finalice por cualquier motivo. En caso que la cuenta pase a cobros, el paciente será responsable de pagar una tarifa de cobro mínima de \$20.

Comprendo que el tratamiento dental tiene riesgos y consecuencias potenciales. Del mismo modo, también implica riesgos la denegación de llevar a cabo el tratamiento dental. Las afecciones que no reciben tratamiento pueden causar dolor, hinchazón, infección, pérdida de dientes y/o tener otras consecuencias graves. Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que no se pueden asegurar ni garantizar resultados exactos. He tenido la oportunidad de que mi dentista responda todas mis preguntas.

Firma del Paciente/Tutor

Nombre del Paciente/Tutor, Relación con el Paciente y Fecha