

# Creekwood Dental Arts - Historia de Salud para Pacientes Nuevos

[Contact@CreekwoodDentalArts.com](mailto:Contact@CreekwoodDentalArts.com)

[CreekwoodDentalArts.com](http://CreekwoodDentalArts.com)

7911 Woodway Drive | Waco, TX 76712-3866

P: (254) 772-3632 F: (254) 772-7856

**Nombre del Paciente:** \* \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial Nombre Preferido

**Título:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \*  Masculino  Femenino **Estatus:** \*  Casado(a)  Soltero(a)  Niño  Otro  
Srta./Sra./Sr/Dr/Etc.

**No. de Licencia de Conducir:** \* \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **No. de Seguro Social:** \* \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \* \_\_\_\_\_ **Mejor tiempo para llamar:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono:** \* \_\_\_\_\_  
Casa Móvil Trabajo Ext.

**Dirección:** \* \_\_\_\_\_  
Primer Línea Segunda Línea  
\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

**Contacto de Emergencia** (incluye nombre, relación, y número de teléfono):

\_\_\_\_\_

*Estas preguntas son para la persona a la que está a nombre del seguro DENTAL.*

**Nombre del miembro:** \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial

**No. del miembro:** \_\_\_\_\_ **No. de Seguro Social:** \* \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **No. del grupo:** \_\_\_\_\_ **No. del ID:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Empleador:** \_\_\_\_\_ **Nombre del Seguro Dental:** \_\_\_\_\_

**No. de teléfono del seguro dental:** \_\_\_\_\_

**Cuál es su relación con la persona de la aseguranza:**  Usted es  Esposo(a)  Hijo(a)  Otro

\_\_\_\_\_

**¿Cuál es su preocupación más importante hoy?:** \*

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

**¿Está tomando algunos medicamentos actualmente? En caso afirmativo, por favor escribe todos los medicamentos que está tomando (incluyendo prescripción, medicamentos sin receta, vitaminas, y suplementos) en la siguiente página.**

Sí  No

**Medicamentos:**

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

Red asterisk (\*) significa a required field.

# Creekwood Dental Arts - Historia de Salud para Pacientes Nuevos

[Contact@CreekwoodDentalArts.com](mailto:Contact@CreekwoodDentalArts.com)

[CreekwoodDentalArts.com](http://CreekwoodDentalArts.com)

7911 Woodway Drive | Waco, TX 76712-3866

P: (254) 772-3632 F: (254) 772-7856

¿Usted toma premedicación para procedimientos dentales (antibióticos)? \*  Sí  No

Usted tiene algunas alergias y/o alergias a medicamentos? En caso afirmativo, por favor escribe todas las alergias. \*

Sí  No

---

---

---

---

¿Usted ha tenido cirugías? En caso afirmativo, por favor escribe todas las cirugías. \*  Sí  No

Cirugías:

---

---

¿Usted ha sido hospitalizado? En caso afirmativo, por favor escribe todas las hospitalizaciones. \*  Sí  No

Hospitalizaciones:

---

---

Nombre de doctor, fecha aproximada del último examen, y numero de su doctor. \*

_____	__/__/____	(____)	_____	-	_____
_____	__/__/____	(____)	_____	-	_____
_____	__/__/____	(____)	_____	-	_____

Caries Dental (seleccione todas las que correspondan): \*

- Se considera propenso(a) a las caries  Come comida azucarada  Boca seca  
 Bebe bebidas cítricas  Tiene agujeros, picaduras o muescas en sus dientes  Acidez o reflujo ácido  Ninguno aplica

Si alguna respuesta necesita más información, por favor describe la información en el espacio abajo:

---

---

Enfermedad Periodontal (seleccione todas las que correspondan): \*

- Le han dicho que tiene gingivitis o enfermedad de las encías  Tiene sangrado cuando limpia en medio de los dientes  
 Tiene recesión de las encías o superficies expuestas de la raíz  Tiene mal aliento o sensación de ardor  
 Tiene algún diente suelto o áreas que colectan comida cuando come  Ninguno aplica

Si alguna respuesta necesita más información, por favor describe la información en el espacio abajo:

---

---

# Creekwood Dental Arts - Historia de Salud para Pacientes Nuevos

[Contact@CreekwoodDentalArts.com](mailto:Contact@CreekwoodDentalArts.com)

[CreekwoodDentalArts.com](http://CreekwoodDentalArts.com)

7911 Woodway Drive | Waco, TX 76712-3866

P: (254) 772-3632 F: (254) 772-7856

## Cáncer Oral (seleccione todas las que correspondan): \*

- Fuma tabaco  Masca tabaco  Tiene persistentes puntos dolorosos en su boca o bultos/protuberancias en su cabeza?  ¿Siente que tiene un bulto en su garganta?  Piensa que está a riesgo de una infección VIH  Ninguno aplica

Si alguna respuesta necesita más información, por favor describe la información en el espacio abajo:

---

---

## Función/Mordida/Disfunción a la ATM (seleccione todas las que correspondan): \*

- Le faltan dientes además de los del juicio  Tiene incomodidad cuando mastica  Sus articulaciones se atascan  Tiene dolor de cabeza frecuentemente o dolor facial/mandibular  Su articulación de la mandíbula se atasca  Aprieta o rechina los dientes cuando duerme o durante el día  Ha sido tratado para problema de su articulación de la mandíbula en el pasado (si sí, por favor explica abajo)  Usa dentaduras postizas removibles (si sí, están cómodas?)  Ninguno aplica

Si alguna respuesta necesita más información, por favor describe la información en el espacio abajo:

---

---

## Salud Cardiovascular (seleccione todas las que correspondan): \*

- Alta presión/Hipertensión  Cardiopatía  Reemplazo de válvula cardiaca  Ataque al corazón  Derrame cerebral  Endoprótesis  Cirugía del corazón  Marcapasos  Mareo/Desmayos  Colesterol alto  Dificultad para respirar/dolor de pecho/angina de pecho  Latido del corazón irregular (arritmia) o soplo cardiaco  Ninguno aplica

Si alguna respuesta necesita más información, por favor describe la información en el espacio abajo:

---

---

## Enfermedad Respiratoria (seleccione todas las que correspondan): \*

- Asma  EPOC  Enfisema  Tuberculosis  Alergias (temporal)  Problemas de la sinusitis  Ninguno aplica

Si alguna respuesta necesita más información, por favor describe la información en el espacio abajo:

---

---

## Salud Cerebral (seleccione todas las que correspondan): \*

- Demencia  Enfermedad de alzhéimer  Enfermedad de Parkinson  Depresión  Trastorno de la ansiedad  Convulsiones/Epilepsia  Trauma de la cabeza/cerebro  ADD/TDAH  Trastorno mental  Tratamiento psiquiátrico  Ha perdido interés en actividades que le solía hacer feliz  Tiene "niebla cerebral" donde su conciencia esta embotada  Se le olvida frecuentemente donde puso sus llaves o teléfono o como llegar de lugar a lugar  Tiene dificultad acordándose de nombres o palabras que quiere usar  Ninguno aplica

Si alguna respuesta necesita más información, por favor describe la información en el espacio abajo:

---

---

Red asterisk (\*) significa a required field.

# Creekwood Dental Arts - Historia de Salud para Pacientes Nuevos

[Contact@CreekwoodDentalArts.com](mailto:Contact@CreekwoodDentalArts.com)

[CreekwoodDentalArts.com](http://CreekwoodDentalArts.com)

7911 Woodway Drive | Waco, TX 76712-3866

P: (254) 772-3632 F: (254) 772-7856

## Diabetes (seleccione todas las que correspondan): \*

- Diabetes -  Tipo 1  Tipo 2  Sangran sus encías cuando paso hilo dental por mis dientes o cepillándose  Ninguno aplica

Si alguna respuesta necesita más información, por favor describe la información en el espacio abajo:

---

---

## Desorden Sanguíneo (seleccione todas las que correspondan): \*

- SIDA/VIH  Anemia  Enfermedad de célula falciforme  Le salen moretones fácilmente?  Ninguno aplica  
 ¿Tiene sangramiento excesivo?

Si alguna respuesta necesita más información, por favor describe la información en el espacio abajo:

---

---

## Cáncer (seleccione todas las que correspondan): \*

- En tratamiento contra el cáncer  Ha tenido cáncer  Ha hecho radiación  Ha hecho quimioterapia  Ninguno aplica  
 Sospecha o tiene miedo de tener cáncer en su cuerpo?

¿Ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o otros medicamentos del cáncer que tienen bisfosfonatos?  Sí  No

Si alguna respuesta necesita más información, por favor describe la información en el espacio abajo:

---

---

## Dependencia/Adicción (seleccione todas las que correspondan): \*

- Actualmente recuperándose o siendo tratada para la adicción  Fuma tabaco  Mastica tabaco  Ninguno aplica  
 Quiere para de usar tabaco  Adición de drogas/alcohol  Consume cafeína en exceso de 8 onzas al día  
 Depende en prescripciones o medicinas sin prescripción para dormir, despertar o aliviar el dolor  
 Siente que esta adictico al azúcar

Si alguna respuesta necesita más información, por favor describe la información en el espacio abajo:

---

---

## Salud de los Huesos (seleccione todas las que correspondan): \*

- Osteopenia/Osteoporosis  Densidad ósea anormal  Deficiencia de la vitamina D/D3  Ninguno aplica

Si alguna respuesta necesita más información, por favor describe la información en el espacio abajo:

---

---

## Articulaciones (seleccione todas las que correspondan): \*

- Inflamación de las articulaciones  Dolor de las articulaciones  Artritis  Gota  Articulación Artificial  Ninguno aplica

Red asterisk (\*) signifies a required field.

# Creekwood Dental Arts - Historia de Salud para Pacientes Nuevos

[Contact@CreekwoodDentalArts.com](mailto:Contact@CreekwoodDentalArts.com)

[CreekwoodDentalArts.com](http://CreekwoodDentalArts.com)

7911 Woodway Drive | Waco, TX 76712-3866

P: (254) 772-3632 F: (254) 772-7856

**Si alguna respuesta necesita más información, por favor describe la información en el espacio abajo:**

---

---

**Salud de las Mujeres (seleccione todas las que correspondan): \***

Embarazada/Planeando embarazo/Amamantando  Tomando medición anticonceptivos  Ninguno aplica

**Si alguna respuesta necesita más información, por favor describe la información en el espacio abajo:**

---

---

**Disfunción Orgánica (seleccione todas las que correspondan): \***

Enfermedad de tiroides  Ictericia  Hepatitis  Enfermedad del hígado  Enfermedad del riñón  Esteroides oral o por inyección  Problemas del estómago/intestinal  Glaucoma  Fiebre reumática  ETS  Ninguno aplica

**Si alguna respuesta necesita más información, por favor describe la información en el espacio abajo:**

---

---

**Antecedentes Familiares de Condiciones Médicas (por favor liste condiciones y su relación al familiar):**

---

---

**Sueño/Descanso (seleccione todas las que correspondan): \***

Usted o su pareja roncan  Tiene interrupciones en respiración cuando duerme  Usa una maquina CPAP  Tiene dificultad durmiéndose  Se siente cansado(a) durante el día  A completado en estudio del sueño  Recuerda sus sueños  Ninguno aplica

**Si alguna respuesta necesita más información, por favor describe la información en el espacio abajo:**

---

---

**Alergias, Sensibilidades Alimentarias, o Otras Condiciones de Inflamatoria Crónica (seleccione todas las que correspondan): \***

Síndrome del intestino irritable (SII)  Fibromialgia  Síndrome de fatiga crónica  Resistencia de la insulina  Enfermedad periodontal  Otras condiciones de inflamatoria crónica  Sensibilidad a trigo, soja o lácteos  Dificultad perdiendo peso a pesar de mucho esfuerzo  Come alimentos regularmente que le hacen sentir enfermo(a), culpable, o moroso  Tiene piel/orejas rojas, con comezón o irregular  Sigue una dieta específica  Desea hacer cambios a su dieta  Desea hacer cambios a su peso  Ninguno aplica

**Si alguna respuesta necesita más información, por favor describe la información en el espacio abajo:**

---

---

Red asterisk (\*) significa a required field.

# Creekwood Dental Arts - Historia de Salud para Pacientes Nuevos

[Contact@CreekwoodDentalArts.com](mailto:Contact@CreekwoodDentalArts.com)

[CreekwoodDentalArts.com](http://CreekwoodDentalArts.com)

7911 Woodway Drive | Waco, TX 76712-3866

P: (254) 772-3632 F: (254) 772-7856

**¿Qué tipos de comida azucarada o bebidas consume regularmente? (Liste todas las bebidas que consume regularmente, aunque no sean azucaradas.)**

---

---

---

**¿Hace ejercicio regularmente? ¿Cuántas veces a la semana? ¿Qué hace actualmente para hacer ejercicio? ¿Tiene objetivos de ejercicio que gustaría lograr?**

---

---

---

---

**Algunos otros problemas de salud que no están listados:**

---

---

---

---

---

---

---

\* Yo entiendo que la responsabilidad del pago de servicio hecho en esta oficina para mis dependientes o mí mismo es mía, debido y pagado al tiempo del cual el servicio fue hecho a menos que otros arreglos financieros fueron hechos. Yo entiendo que esta oficina preparará cualquier forma para la reclamación del seguro, asistirá en la recolección de la compañía del seguro, y aplicará esas deducciones a mi cuenta. Yo autorizo que mis beneficios del seguro sean enviados directamente al doctor. Yo también entiendo que es mi responsabilidad pagar en completo mi balance en casos de reclamos del seguro que llevan más de setenta y cinco (75) días sin respuesta/pago. Yo entiendo que un cargo de 1.5% será agregado a mi cuenta para balances que exceden 90 días. Todos los servicios de emergencia dental, o algunos servicios dentales que se completan sin arreglos financieros antes de ser completados serán pagados al tiempo de servicio. Yo entiendo que el estimado de la tarifa para este servicio dental podrá ser extendido para un periodo de seis (6) meses después de la fecha de la examinación.

\* Yo entiendo que nuestros doctores, Dr. Austin Green, D.D.S., Dr. Michelle Hinds, D.D.S., y Dr. Donna Miller, D.D.S. están listados como proveedores fuera de la red.

\* Yo reconozco que he revisado y verificado que todas las respuestas en este cuestionario están correctas. No hay otras condiciones médicas, o medicamentos o alergias que no están listados. Reconozco que tendré que notificar a la oficina cuando haya cambios.

**Nombre del paciente, padre/madre, pareja, guardián(a) o persona completando esta forma:**

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Relación al paciente: \***

Uno mismo  Padre/Madre  Guardián(a)  Pareja  Otro(a)

Red asterisk (\*) significa a required field.