O'Neal Periodontics, PC
Laser Periodontics & Dental Implants

Nombre de paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____
Nombre y dirección de su médico:
_____
_____

Ocupación: _____
Dentista general: _____
Teléfono de su médico:
_____
Fecha de su última revision medica:_____

¿Ha tenido enfermedad periodontal en el pasado? Sí No	Le ha dicho un medico tomar antibióticos antes de tratamiento dental? Sí No
¿Ha visitado el hospital en los 5 años pasados? Explique por favor:	¿Está recibiendo tratamiento por un enfermedad? Explique por favor:

¿Tiene o ha tenido…

Problemas o soplo del corazón?	Sí No	Drogas intravenosas por osteoporosis/osteopenia?	Sí No
Dolor del pecho?	Sí No	Drogas orales osteoporosis/osteopenia?	Sí No
Marcapasos?	Sí No	Diabetes?	Sí No
Hipertensión?	Sí No	Problemas de tiroides o bocio?	Sí No
Colesterol alto?	Sí No	Problemas de riñón o vejiga?	Sí No
Válvula de corazón artificial?	Sí No	Hepatitis, ictericia o enfermedad de hígado?	Sí No
Ataque al corazón?	Sí No	Úlceras de estomago?	Sí No
Infarto cerebral?	Sí No	Desmayar/mareo?	Sí No
Reemplazo de articulación?	Sí No	Epilepsia o convlusiones?	Sí No
Artritis?	Sí No	Depresión o ansiedad?	Sí No
Trasplante or implante?	Sí No	Problemas psicológicos?	Sí No
Tuberculosis?	Sí No	Adicción a las drogas?	Sí No
Falta de aliento?	Sí No	Pérdida de memoria?	Sí No
Problemas de senos?	Sí No	Cáncer o tratamiento de radiación?	Sí No
Fiebre de heno o asma?	Sí No	Cirugía/radiación de tumor/condición de la boca?	Sí No
Glaucoma?	Sí No	VIH/SIDA?	Sí No

¿Cuales drogas/medicamentos toma o ha tomado por el año pasado? (Enumere los medicamentos y la dosis en la página siguiente).
_____
_____

¿Toma medicamentos de dolor con regularidad?	Sí No	¿Usa/fuma tabaco? En caso afirmativo, ¿cuanto?	Sí No
¿Toma anticoagulantes?	Sí No	¿Usa drogas recreativas?	Sí No
¿Ha tenido sangrado atípico causado por cirugía dental?	Sí No	¿Toma suplementos de hierbas/vitaminas?	Sí No

¿Tiene alergia o ha tenido reacción averso a:

Anestesia local (novocaína)?	Sí No	Codeína o otros narcoticos?	Sí No
Aspirina o ibuprofeno?	Sí No	Óxido nitroso?	Sí No
Barbitúricos, sedantes, o pastillas para dormir?	Sí No	Látex?	Sí No
Penicilina, tetraciclina, drogas sulfamidas o otras antibióticos? Escríbalos por favor:	Sí No	Otros medicamentos? Escríbalos por favor:	Sí No

¿Tiene un condición, problema, o enfermedad que no está listado? Sí No En caso afirmativo, explique por favor::
_____
_____
_____
_____

Mujeres: ¿Está embarazada? Sí No ¿Toma anticonceptivas? Sí No

Sus comentarios o preocupaciones:
_____
_____

Firma de paciente _____ Fecha_____

O'Neal Periodontics, PC
Laser Periodontics & Dental Implants

A. Cheria O'Neal, D.M.D., M.H.S.
Lista de medicamentos

Si está tomando algún medicamento recetado, medicamentos de venta libre, suplementos a base de hierbas o vitaminas, complete este formulario.

Nombre: _____

Fecha de cumpleaños: _____

Actualmente estoy tomando lo siguiente:

Medicamento	**Cuando lo tomo**	**Dosis**	**Otras instrucciones**

☐ No tengo medicamentos para listar en este momento.

_____ _____

Firma del paciente o tutor Fecha

A. CHERIA O'NEAL, D.M.D., M.H.S.
Práctica limitada a periodoncia

1225 Johnson Ferry Road, STE. 760 PHONE (770) 971-5375
Marietta, GA 30068 FAX(770) 971-7926

CONSENTIMIENTO PARA USAR Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

SECCIÓN A: CONSENTIMIENTO DE PACIENTE

NOMBRE: _____

SECCIÓN B: LEA LOS DECLARACIONES SIGUIENTES CON ATENCIÓN POR FAVOR

¿Con quién podemos discutir sus registros médicos?

Nombre_____ Relación _____ Teléfono_____

Nombre_____ Relación _____ Teléfono_____

Nombre_____ Relación _____ Teléfono_____

PROPÓSITO DE CONSENTIMIENTO: Por firmar esta forma, Usted consiente a nuestro uso y divulgación de su información de salud para realizar tratamiento, actividades de pagar, y operaciones de la atención médica.

DECLARACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Usted tiene el derecho de leer nuestro declaración de prácticas de privacidad. Nuestra declaración provee un descripción de tratamiento, actividades de pagar, operaciones de la atención médica, los usos y divulgaciones podemos hacer de su información de salud, y de otros asuntos de su información de salud. Por su solicitud, una copia de nuestra declaración está disponible. Recomendamos que Usted lee con atención y completamente antes de firmar este consentimiento.

DERECHO DE REVOCAR: Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento por darnos un declaración de revocación escrito. Entiende que su revocación de su consentimiento no puede afectar ninguna acción que ya hemos hecho antes de su revocación. Además, si Usted revoca su consentimiento, podemos denegar tratar Usted o denegar continuar su tratamiento.

Yo, _____, he recibido una copia de la declaración de prácticas de privacidad de esta oficina. He tenido la oportunidad para leer y considerar el contenido de esta forma y de la declaración de prácticas de privacidad. Entiendo que por firmar esta forma, doy mi consentimiento al uso y divulgación de mi información de salud para realizar tratamiento, actividades de pagar, y operaciones de la atención médica.

NOMBRE_____

FIRMA_____

FECHA_____

O'Neal Periodontics, PC
Laser Periodontics & Dental Implants

Nombre _____ Fecha _____

Fecha de nacimiento_____ Nombre que Ud. prefiere_____

Nombre de esposo _____

Si es niño, nombre de padre/madre_____

Dirreción_____ Apartamento_____

Ciudad_____ Estado_____ Código postal_____

Teléfono: Hogar (_____)_____ Cellular (_____)_____ Trabajo (_____)_____

Dirección electrónico _____

Empleador_____ Puesto _____

Dirección de trabajo _____

Ciudad _____Estado _____ Código postal_____

Empleador de esposo_____

¿Quién le refirió a nuestra oficina? _____

¿Quién es su dentista general? _____

Contacto de emergencia_____ Teléfono_____

Persona responsable para pagar _____
(nombre, dirección,teléfono si es diferente)

Firma_____ Fecha_____