



Endodontists

Dr. Ivan E. Rodriguez
 Dr. Victor Luikham
 Dr. Ernesto G. Trevino

www.valleyendopractice.com

1610 E. Harrison Ave.
 Suite A
 Harlingen, TX 78550
 (956) 412-9500
 (956) 412-1146 fax

5421 S. McColl Rd.
 Stoneridge Business Park
 Edinburg, TX 78539
 (956) 994-9500
 (956) 686-4095 fax

Los Doctores Rodriguez, y Trevino les dan la bienvenida a nuestra consultorio

El tratamiento de conductos (canales) de las raices de los dientes es un intento para salvar un diente que de otro modo habria que extraerse. Para hacer el procedimiento lo mas seguro posible, necesitamos cierta informacion medica acerca de usted. Favor de llenar este cuestionario y no vacile en aclarar con nosotros cualquier duda que se le susite sobre su tratamiento.

Registro del Paciente

Nombre _____ Tel. Residencial _____ Celular _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Fecha de Nacimiento _____ Numero Seguro Social _____

Sexo: M F Email _____

Nombre de Esposo(a): _____

Guardian (Patria potestad) _____ Relacion con el Paciente _____

Tiene algun plano seguro dental: Si _____ No _____ Cual? _____

Nobre de compania de trabajo _____ Numero de trabajo _____ Ext _____

Persona a contactar en caso de una emergencia _____ Telefono _____

Quien lo refirio a esta oficina? _____

Explique en sus propias palabras la razon de la visita de hoy: _____

Historial Medico

Responda "Si" o "no" al lado de cada una de ellas si padece o ha padecido :

	Si	No
Esta o ha estado bajo tratamiento medico en el ultimo afio?		
De que?		
Ha sido sometido alguna Cirugia?		
Es alergico(a) a Penicilina?		
Es alergico(a) a Aspirina?		
Es alergico(a) a Latex?		
Fuma?		

	Si	No		Si	No		Si	No
Soplo cardiaco			Sangrado prolongado			Desordenes emocionales		
Cirugia del corazon			Alergias, salpullidos			Epilepsia, convulsions		
Mitral Valve Prolapse			Tuberculosis			Adiccion (Drogas, alcohol)		
Cancer			Fiebre reumatica			Anemia o desordenes de la sangre		
Radiacion			Quimoterapia			Enfermedades del higado (Hepatitis)		
Infartos/derrames			Enfermedades del rifion			VD (Sifilis, gonorrea)		
Asma			Enfermedades de la tiroide			Infecciones de virus		
Diabetes			Enfermedades del pulmon			Otras		
Protesis artificial			Alta o baja presion					

Donde le duele? Derecha _____ Izquierda _____ Arriba _____ Abajo _____
 Ha tenido este problema (o un problema similar) antes? Si No

En una escala del 0-10, donde ubicarla usted la intensidad del dolor? _____
 Como es el dolor? Agudo (Sharp) _____ Leve (Dull) _____
 Es un latido o es un dolor constante que no cambia? Latido Constante
 Duele todo el tiempo o es intermitente? Todo el tiempo Intermitente

Si es intermitente, cuantas veces a!dia ocurre? _____ Veces Min. Hrs.

Tiene este dolor algun patron? Si No

Interfiere con su suefio? Si No

Hay algo que empeore el dolor? Si No Que? _____

Hay algo que lo alivie o lo atenua? Si No Que? _____

Esta tomando aspirina o cualquier otro analgestico? Si No

Si esta tomando (,Le esta ayudando? Si No

Anote cualquier medicina o drogas que esta tomando :

Medicinas	Dosis	Medicinas	Dosis

Condicion general de su salud: Excelente Buena Regular Pobre

Formato de Consentimiento

Certifico que he leído cuidadosamente este cuestionario y que a mi mejor entendimiento he respondido correctamente a todas las preguntas. Si hubiese algun cambio en el mismo o algun Nuevo medicamento, me comprometo a actualizarlo tan pronto ocurra o en la proxima cita. Por este medio autorizo al Doctor Rodriguez o a que haga el examen y los procedimientos necesarios a mi persona o a la de mi hijo(a) _____, menor de edad.

(Nombre del nifio o nifia)

Firma del Paciente _____

Fecha _____

Firma del Doctor _____

Fecha _____

Iniciales del Ayudante _____

**ASIGNACION DE BENEFICIOS DE SEGURO
PERMISO DE TRATAMIENTO**

Por la presente autorizo el pago de beneficios de seguro de otro modo pagaderos a mi, directamente al doctor; ademas, autorizo a que se me de tratamiento en este consultorio. Tambien autorizo dar a conocer cualquier informacion concemiente al cuidado de mi salud, consulta y tratamiento proporcionado, con el proposito de evaluar y administrar para asegurar los beneficios del seguro. He recibido una copia del Aviso de Privacidad y he tenido la oportunidad de objetar el dar a conocer mi informacion protegida de salud.

Doy permiso para que una copia de esta autorizacion sea usada como original.

Firma del paciente _____ Fecha _____

(Si es menor de 18 anos firma del pariente e/tutor)

Mujeres Solamente

(,Esta usted embarazada? Si No

(,Esta usted tomando contraceptivos orales? Si No Si es asi, lea la siguiente informacion:

Informacion y consentimiento para pacientes tomando contraceptivos orales:

He sido informada de que los antibioticos y ciertos otros medicamentos pueden interactuar con la efectividad de los contraceptivos orales. Por lo tanto, entiendo que si estoy tomando antibioticos y contraceptivos orales debo utilizar algun otro metodo anticonceptivo por todo un ciclo para evitar embarazos.

FIRMA DEL PACIENTE _____

Fecha _____