



**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 analgesico?      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 \_\_\_\_\_