# EDISTO ORAL SURGERY

*Eric Olendorf, DDS • Cirujano Oral Certificado*

1175 Cook Road, Suite 125
Orangeburg, SC 29118
p: (803) 534-5444 f: (803) 531-3668


*Todas las secciones deben completarse en su totalidad* Fecha: _____

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Apellido(s): _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AA): _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____ Celular: _____

N.º de Seguro Social: _____ N.º de licencia de conducir: _____

Dentista general: _____ Médico que lo refiere: _____

Farmacia: _____ Dirección de la farmacia: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Nombre del tutor (pacientes menores de 18 años): _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AA): _____ Parentesco: _____

## PERSONA RESPONSABLE DE SU CUENTA

☐ Yo mismo (omita esta sección) ☐ Cónyuge ☐ Padre ☐ Madre Otro: _____

Nombre: _____ Apellido(s): _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AA): _____ N.º de Seguro Social: _____

## INFORMACIÓN DEL SEGURO DENTAL

Nombre del seguro dental principal: _____

Nombre del titular: _____ Fecha de nac.: _____

N.º de miembro: _____ N.º de grupo: _____

Nombre del empleador: _____

Relación con el titular: ☐ Yo mismo ☐ Padre/Madre ☐ Hijo(a) ☐ Cónyuge Otro: _____

**EDISTO ORAL SURGERY**
*Eric Olendorf, DDS • Cirujano Oral Certificado*

1175 Cook Road, Suite 125
Orangeburg, SC 29118
p: (803) 534-5444 f: (803) 531-3668

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

## AVISO HIPAA (AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN)

Estamos comprometidos con la protección de su privacidad. No divulgamos su información médica o personal fuera de sus redes de proveedores y de seguros sin su autorización por escrito.

Si desea que compartamos los detalles de sus citas o su información de salud con otras personas, por favor indíquelas a continuación:

**Persona(s) autorizada(s):**

1. Nombre: _____ Parentesco: _____
2. Nombre: _____ Parentesco: _____

## HONORARIOS Y PAGOS

Hacemos todo lo posible por mantener bajo el costo de su atención. Recuerde que el seguro se considera un método para reembolsar al paciente los honorarios pagados al cirujano y no sustituye el pago. Algunas compañías pagan montos fijos por ciertos procedimientos y otras pagan un porcentaje del cargo. Es su responsabilidad pagar cualquier deducible, coseguro o cualquier otro saldo que su seguro no cubra. Usted será responsable de todos los costos de cobranza, honorarios de abogados y costos judiciales.

## AVISO DE MEDICARE (NO PARTICIPANTE)

Nuestros proveedores han decidido no participar como proveedores de Medicare. Por lo tanto:

- No podemos presentar reclamaciones a Medicare en su nombre.
- Usted no puede presentar reclamaciones a Medicare por los servicios prestados en este consultorio.
- Usted será responsable del pago total en el momento del servicio.
- Usted acepta la plena responsabilidad financiera por los servicios prestados.

**Por la presente reconozco que he leído y comprendido las políticas anteriores, y que he recibido una copia de ellas (o he tenido acceso a ellas), incluidos el Aviso de Prácticas de Privacidad, la Política de Honorarios y Pagos y el Aviso de Medicare (No Participante). Además, certifico que la información que he proporcionado es verdadera y exacta a mi leal saber y entender.**

_____ _____

Firma del paciente / tutor Fecha

**EDISTO ORAL SURGERY**
*Eric Olendorf, DDS • Cirujano Oral Certificado*

1175 Cook Road, Suite 125
Orangeburg, SC 29118
p: (803) 534-5444 f: (803) 531-3668

# HISTORIAL MÉDICO

*A nuestros pacientes: Aunque los cirujanos orales tratan principalmente la boca y la zona que la rodea, su boca forma parte de todo su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o los medicamentos que pueda estar tomando, pueden tener una relación importante con la atención que recibirá. Gracias por responder las siguientes preguntas. Sus respuestas son solo para nuestros registros y se considerarán confidenciales.*

Nombre del paciente: _____ Estatura: _____ Peso: _____

Motivo de la visita de hoy: _____

| | S | N | *Si respondió sí, explique* |
|---|---|---|---|
| **1.** ¿Goza de buena salud? | ☐ | ☐ | |
| **2.** ¿Ha tenido algún cambio en su salud general en el último año? | ☐ | ☐ | |
| **3.** ¿Está bajo el cuidado de un médico? | ☐ | ☐ | |
| **4.** ¿Ha tenido alguna enfermedad, operación u hospitalización en los últimos cinco años? | ☐ | ☐ | |
| **5.** ¿Tiene lesiones sin sanar o recurrentes, áreas inflamadas, crecimientos o llagas en la boca o alrededor de ella? | ☐ | ☐ | |
| **6.** ¿Tiene una prótesis articular / implante? | ☐ | ☐ | |
| **7.** ¿Le han reemplazado una válvula cardíaca o le han colocado un injerto vascular? | ☐ | ☐ | |
| **8.** ¿Alguna vez ha recibido anestesia general o sedación intravenosa? | ☐ | ☐ | |
| **9.** ¿Usted o algún familiar ha tenido reacciones inusuales o graves a la anestesia o a la sedación intravenosa? | ☐ | ☐ | |
| **10.** ¿Algún médico o dentista le ha recomendado tomar antibióticos antes de su tratamiento dental? | ☐ | ☐ | |

## ¿HA TENIDO ALGUNA VEZ O TIENE ACTUALMENTE…

| | S | N | | S | N |
|---|---|---|---|---|---|
| **11.** ¿Fiebre reumática? | ☐ | ☐ | **42.** ¿Problemas de la tiroides? | ☐ | ☐ |
| **12.** ¿Válvulas cardíacas dañadas / prolapso de la válvula mitral? | ☐ | ☐ | **43.** ¿Diabetes? | ☐ | ☐ |
| **13.** ¿Soplo cardíaco? | ☐ | ☐ | **44.** ¿Azúcar baja en la sangre? | ☐ | ☐ |
| **14.** ¿Presión arterial alta? | ☐ | ☐ | **45.** ¿Problemas de los riñones? | ☐ | ☐ |
| **15.** ¿Presión arterial baja? | ☐ | ☐ | **46.** ¿Colesterol alto? | ☐ | ☐ |
| **16.** ¿Dolor de pecho / angina? | ☐ | ☐ | **47.** ¿Recibe diálisis? | ☐ | ☐ |
| **17.** ¿Ataque(s) cardíaco(s)? | ☐ | ☐ | **48.** ¿Tobillos hinchados / artritis / enfermedad de las articulaciones? | ☐ | ☐ |
| **18.** ¿Latidos cardíacos irregulares? | ☐ | ☐ | **49.** ¿Osteoporosis / osteopenia? | ☐ | ☐ |
| **19.** ¿Marcapasos? | ☐ | ☐ | **50.** ¿Osteonecrosis? | ☐ | ☐ |
| **20.** ¿Cirugía del corazón? | ☐ | ☐ | **51.** ¿Úlcera estomacal / reflujo ácido? | ☐ | ☐ |
| **21.** ¿Neumonía, bronquitis, tos crónica? | ☐ | ☐ | **52.** ¿COVID-19? | ☐ | ☐ |
| **22.** ¿Asma? | ☐ | ☐ | **53.** ¿Enfermedades contagiosas? | ☐ | ☐ |
| **23.** ¿Alergias estacionales / problemas de los senos nasales? | ☐ | ☐ | **54.** ¿Enfermedades de transmisión sexual? | ☐ | ☐ |

# EDISTO ORAL SURGERY

*Eric Olendorf, DDS • Cirujano Oral Certificado*

1175 Cook Road, Suite 125
Orangeburg, SC 29118
p: (803) 534-5444 f: (803) 531-3668


| | S | N | | S | N |
|---|---|---|---|---|---|
| **24.** ¿Ronquidos? | ☐ | ☐ | **55.** ¿Problemas del sistema inmunológico? | ☐ | ☐ |
| **25.** ¿Apnea del sueño / CPAP? | ☐ | ☐ | **56.** ¿Enfermedad autoinmune? | ☐ | ☐ |
| **26.** ¿Dificultad para respirar / otros problemas pulmonares? | ☐ | ☐ | **57.** ¿Cicatrización lenta? | ☐ | ☐ |
| **27.** ¿Tuberculosis? | ☐ | ☐ | **58.** ¿Un tumor o crecimiento? | ☐ | ☐ |
| **28.** ¿Enfisema? | ☐ | ☐ | **59.** ¿Cáncer / radioterapia / quimioterapia? | ☐ | ☐ |
| **29.** ¿Fuma o vapea? | ☐ | ☐ | **60.** ¿Fatiga crónica / sudores nocturnos? | ☐ | ☐ |
| **30.** ¿Usa tabaco de mascar? | ☐ | ☐ | **61.** ¿Está a dieta? | ☐ | ☐ |
| **31.** ¿Consumo de alcohol? | ☐ | ☐ | **62.** ¿Antecedentes / tratamiento por trastorno por consumo de alcohol? | ☐ | ☐ |
| **32.** ¿Transfusión de sangre? | ☐ | ☐ | **63.** ¿Antecedentes / tratamiento por trastorno por consumo de marihuana u otras sustancias? | ☐ | ☐ |
| **33.** ¿Trastorno de la sangre, como anemia? | ☐ | ☐ | **64.** ¿Lentes de contacto? | ☐ | ☐ |
| **34.** ¿Le salen moretones con facilidad? | ☐ | ☐ | **65.** ¿Enfermedad de los ojos / glaucoma? | ☐ | ☐ |
| **35.** ¿Tendencia a sangrar / sangrado anormal? | ☐ | ☐ | **66.** ¿Problemas de salud mental / ansiedad / depresión? | ☐ | ☐ |
| **36.** ¿Hepatitis, ictericia o enfermedad del hígado? | ☐ | ☐ | **67.** ¿Un aparato dental removible? | ☐ | ☐ |
| **37.** ¿Mononucleosis infecciosa? | ☐ | ☐ | **68.** ¿Dolor o chasquido de la mandíbula al comer? | ☐ | ☐ |
| **38.** ¿Problemas de la vesícula biliar? | ☐ | ☐ | **SOLO MUJERES:** | | |
| **39.** ¿Desmayos? | ☐ | ☐ | **69.** ¿Existe la posibilidad de que esté embarazada? | ☐ | ☐ |
| **40.** ¿Convulsiones / epilepsia? | ☐ | ☐ | **70.** Fecha probable de parto: | | |
| **41.** ¿Derrame cerebral? | ☐ | ☐ | **71.** ¿Está amamantando? | ☐ | ☐ |
| | | | **72.** ¿Toma pastillas anticonceptivas? | ☐ | ☐ |

*Nota: Los antibióticos pueden alterar la eficacia de las pastillas anticonceptivas. Consulte a su médico o ginecólogo sobre otros métodos anticonceptivos.*

**EDISTO ORAL SURGERY**
*Eric Olendorf, DDS • Cirujano Oral Certificado*

1175 Cook Road, Suite 125
Orangeburg, SC 29118
p: (803) 534-5444 f: (803) 531-3668

# HISTORIAL MÉDICO (continuación)

## ¿ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE…

| | S | N | *Si respondió sí, explique* |
|---|---|---|---|
| **73.** ¿Algún tipo de medicamento, droga o pastillas? | ☐ S | ☐ N | |
| **74.** ¿Anticoagulantes (Coumadin, Plavix, aspirina, vitamina E, Ginkgo biloba, Aggrenox, Xarelto, Eliquis, aceite de pescado)? | ☐ S | ☐ N | |
| **75.** ¿Pastillas para adelgazar, incluidos los GLP-1 para la diabetes o la pérdida de peso (Trulicity, Ozempic, Byetta, Victoza, Rybelsus, Mounjaro, Wegovy, Saxenda)? | ☐ S | ☐ N | |
| **76.** ¿Algún producto natural, suplemento herbal o remedio homeopático? | ☐ S | ☐ N | |
| **77.** ¿Medicamentos para la densidad ósea / inhibidores de RANKL / bisfosfonatos (Prolia, Fosamax, Boniva, Actonel, Zometa IV, Aredia, Reclast, Xgeva, Evista) en los últimos 12 años? | ☐ S | ☐ N | |
| **78.** ¿Tranquilizantes, pastillas para dormir, antidepresivos y/o narcóticos de forma regular? | ☐ S | ☐ N | |

**79.** Si está bajo el cuidado de un médico para el manejo del dolor, o en recuperación de una adicción a las drogas, seleccione el medicamento que toma actualmente:

☐ Metadona ☐ Suboxone ☐ Oxicodona ☐ Fentanilo Otro: _____

Médico tratante: _____

**80.** Indique los medicamentos que toma actualmente:

| **Medicamento** | **Dosis** | **Frecuencia** |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Hay alguna condición de salud que el doctor deba conocer? ☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, descríbala: _____

¿Desea hablar en privado con el doctor sobre algún tema? ☐ Sí ☐ No

¿Esta visita está relacionada con un accidente? ☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, tipo: ☐ Automovilístico ☐ Laboral ☐ Otro

Fecha de la lesión: _ Compañía de seguros que maneja el reclamo: _____

Número de reclamo: _____ Abogado/ajustador: _____

Teléfono: _____

Antecedentes familiares de: ☐ Cáncer ☐ Diabetes ☐ Enfermedades del corazón ☐ Problemas con la anestesia

**EDISTO ORAL SURGERY**
*Eric Olendorf, DDS • Cirujano Oral Certificado*

1175 Cook Road, Suite 125
Orangeburg, SC 29118
p: (803) 534-5444 f: (803) 531-3668

## ¿ES ALÉRGICO O HA TENIDO UNA REACCIÓN A…

| | S | N | | S | N |
|---|---|---|---|---|---|
| **81.** ¿Anestesia local (medicamentos para adormecer)? | ☐ | ☐ | **88.** ¿Codeína u otros narcóticos? | ☐ | ☐ |
| **82.** ¿Penicilina? | ☐ | ☐ | **89.** ¿Látex? | ☐ | ☐ |
| **83.** ¿Otros antibióticos? | ☐ | ☐ | **90.** ¿Soya? | ☐ | ☐ |
| **84.** ¿Sulfas (sulfonamidas)? | ☐ | ☐ | **91.** ¿Huevos / yema? | ☐ | ☐ |
| **85.** ¿Pentotal sódico / Valium / otros tranquilizantes? | ☐ | ☐ | **92.** ¿Sulfitos? | ☐ | ☐ |
| **86.** ¿Aspirina? | ☐ | ☐ | **93.** ¿Tiene alguna alergia conocida? | ☐ | ☐ |
| **87.** ¿Amoxicilina? | ☐ | ☐ | | | |

94. Indique cualquier alergia que no sea a medicamentos: _____

**95.** Indique cualquier otro medicamento o antibiótico al que sea alérgico:

Nombre del medicamento / antibiótico: _____

Nombre del medicamento / antibiótico: _____

_____ _____

Firma del paciente / tutor Fecha