

Apreciados Pacientes: un mensaje de Dr. Silvera

Estoy muy contenta de conocerle personalmente. En Santa María Periodontics ofrecemos servicios periodontales comprensivos para problemas de encías y huesos; estética e implantes dentales.

Mi personal y yo estamos comprometidos en su comodidad y en el éxito de su tratamiento, en nuestra práctica moderna y agradable. Después de repasar sus necesidades, metas y deseos dentales, yo voy a presentarle diagnóstico, opciones de tratamiento, precios y tiempo estimado requerido para terminar éste.

Un poquito a cerca de mí: me gradué en la Clínica Mayo, en el Programa de Educación Avanzada de Periodoncia; además, tengo un PhD en Inmunología de la Universidad de Rochester. Después de cuatro años de experiencia practicando en Arizona, me mude a Santa María para abrir mi práctica. Tengo más de diez años de experiencia como periodontista.

Adjunto encontrará las formas que necesita llenar para su primera cita y una página de paciente de la Academia Americana de Periodontología titulado "Quien es periodontista" que explica mi especialidad. Por favor lea con atención y tráigalas con usted, el día de su consulta.

Abajo hay una lista corta de cosas que vas a necesitar para tu primera cita:

- Formas de registración llenas (incluidas)
- Hoja de referencia de su dentista (Si su dentista la referio)
- Rayos-X (le puedes pedir copias a tu dentista o mandarlos enviar por correo electrónico)
- Carta o información de seguro dental (incluyendo los números de ID y Grupo)
- Lista da medicamentos (si estas tomando medicina o vitaminas)
- Carta o información de su médico (si estas bajo cuidado de un medico)

Con confianza, llámenos si tiene alguna pregunta. Mi personal y yo estamos aquí para ayudarle con compasión y respeto.



Dra. María Silvera

Amigable ♥ Atenta ♥ Detallista

620 W. Main Street, Suite A, Santa Maria, CA 93458

tel. 805-928-7979 fax 805-928-7955 email silvera@smperiodontics.com web www.healthyteethandgumsinsantamaria.com



¿Quien es un/una Periodontista?



Alguien le ha dicho que tiene periodontitis y necesita ir a un periodontista? Si esto le ha ocurrido probablemente pensó “¿Que es la periodontitis y porqué necesito ver un periodontista para tratarla?”

La palabra “periodontal” se refiere a las encías y el hueso alrededor del diente. Enfermedades periodontales, también se conocen como enfermedad de las encías, es una infección que afecta las encías y el hueso alrededor de los dientes. Si no se trata, la enfermedad periodontal causa perdida de dientes en los adultos. La investigación científica también ha encontrado una relación entre la enfermedad periodontal y serios problemas de salud, como enfermedad del corazón, diabetes, enfermedades respiratorias y bebés prematuros con poco peso.

Un periodontista es un dentista que se especializa en prevención, diagnosticar y tratar la enfermedad periodontal y en poner implantes dentales. Para especializarse, los periodontistas reciben tres años adicionales de educación después de haber cursado la universidad dental. Los periodontistas se familiarizan con las últimas tecnologías para diagnosticar y tratar la enfermedad periodontal y pueden hacer procedimientos periodontales para ayudarle a adquirir la sonrisa que desea.

Durante su primera visita, su periodontista va a repasar su historia médica y dental con usted. Es muy importante que su periodontista sepa si está tomando medicinas o le están tratando condiciones médicas que afectan su tratamiento periodontal. Sus encías serán examinadas para saber si tiene recesión y sus dientes serán chequeados para ver si tienen movilidad y ver cómo funciona cuando mastica. En donde la encía encuentra el diente crea una bolsa, que su periodontista medirá, para ver si tiene bolsas periodontales. Pueda que rayos-X se tomen para observar la salud del hueso bajo las encías. Si tratamiento es necesario, el periodontista le explicara el plan de tratamiento.

¿Cuándo Debería Ver a Su Periodontista?

¡En cualquier momento debe acudir a un periodontista para una evaluación periodontal!

A veces la única manera de saber si tiene enfermedad periodontal es por medio de una evaluación periodontal. Si se da cuenta de los siguientes síntomas, Síntomas comunes de la enfermedad periodontal incluye:

- Dientes flojos
- Encías rojas, inchadas y sensibles.
- Encías que sangran con facilidad, al cepillarse o usando el hilo dental
- Encías que se despegan de los dientes
- Pus entre los dientes y las encías
- Un cambio en la manera que sus dientes funcionan.
- Mal aliento persistente

Además de su evaluación periodontal, cuando visite al periodontista, le van a determinar riesgos. Hay muchos factores que aumentan el riesgo de la enfermedad periodontal como el tabaco, diabetes y propensión genética a la enfermedad periodontal. Si tiene uno de estos riesgos o síntomas, debe acudir a un periodontista.



REGISTRACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial: _____

Paciente es: La Persona con Seguro
 La Persona responsable

Nombre preferido: _____

La Persona Responsable (Si no es el Paciente)

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial: _____

Dirección: _____ Segunda Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado / Código Postal: _____ Pager: _____

Telefono de Casa: _____ Telefono de Trabajo: _____ Ext: _____ Celular: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____ Licencia de Conducir: _____

También tiene Seguro para el Paciente Seguro Principal Seguro Secundario

Información del paciente

Dirección: _____ Segunda Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado / Código Postal: _____ Pager: _____

Telefono de Casa: _____ Telefono de Trabajo: _____ Ext: _____ Celular: _____

Sexo: Hombre Mujer Estado Civil: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a

Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social: _____ Licencia de Conducir: _____

Correo Electronico: _____ Me gustaría recibir correspondencia por Correo Electronico

Seccion 2

Estado de Empleo Completo Tiempo Retirado

Estado Estudiantil Completo Tiempo

ID de Medicaid: _____ Dentista Preferido: _____

ID de Empleador: _____ Farmacia Preferida: _____

ID de Compañía: _____ Higienista Preferida: _____

Seccion 3

¿Quién le Refirió?: _____

Dentista que Refirió: _____

Contacto de Emergencia: _____

Telefono del Contacto de Emergencia: _____

¿Tiene Diabetes?: _____

Información del Seguro Principal

Nombre del Suscriptor: _____ Relación con el Suscriptor Paciente Espos/a Niño/a Otro

Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____

Empleador: _____ Compañía del Seguro: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Beneficios Restantes: _____ .00 Deducible Restantes: _____ .00

Información del Seguro Secundario

Nombre del Suscriptor: _____ Relación con el Suscriptor Paciente Espos/a Niño/a Otro

Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____

Empleador: _____ Compañía del Seguro: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Beneficios Restantes: _____ .00 Deducible Restantes: _____ .00



HISTORIA MEDICA

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

- ¿Esta bajo del cuidado de un medico? Si No por favor explique: _____
- ¿Ha tenido operaciones graves o ha estado en el hospital? Si No por favor explique: _____
- ¿Ha tenido un accidente serio en la boca o cabeza? Si No por favor explique: _____
- ¿Esta tomando alguna clase de medicina o remedios? Si No por favor explique: _____
- ¿Toma o ha tomado , Phen-Fen or Redux? Si No _____
- ¿Ha tomado Fosomax, Boniva, Actonel u otra medicina que tiene bisfosfonatos? Si No _____
- ¿Esta en una dieta especial? Si No _____
- ¿Usa tabaco? Si No _____
- ¿Usa alguna droga narcotica? Si No _____

Si es Mujer: esta Embarazada Si No Tomando anticonceptivos Si No Dando pecho a su bebe Si No

¿Tiene alergia a lo siguiente?
 Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metal Látex Anestesia Local drogas con sulfa
 Otros por favor espiques: _____

¿Ha tenido alguno de los siguiente?

Sida/ Virus de sida	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Cortisone	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Emofilia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tratamiento de radiación	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Alzheimer's Perdida de Memoria	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Diabetes	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hepatitis A	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Perdida de peso en poco tiempo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Alergia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Addicción a drogas	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hepatitis B, C	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Dialysis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Anemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Se canza con frecuencia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Herpes	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Fiebre reumática	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Angina	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enficemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Alta presión arterial	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Reumatismo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Artritis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Epilepsia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Cholesterol Alto	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Escarlatina	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Válvula artificial del Corazón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Sangrado anormal	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Brote o rasquiña	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Herpes Zóster (shingles)	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Articulaciones postisas	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Sed Execiba	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hypoglucemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Anemia falciforme	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Asma	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Mareos / desmallos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Palpitaciones irregulares	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Problemas en el seno maxillar	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Enfermedad de la sangre	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Toz persistente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Problemas de riñón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Spina Bífida	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Transfusión de sangre	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Diarrhea con frecuencia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Leucemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ulceras del estomago	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Problema Respiratorio	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Dolores de cabeza con frecuencia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad del higado	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Embolia/ Trobosis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Morados con frecuencia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Herpes genital	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Baja presión arterial	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Inchazon de las estremidades	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Cancer / tumor	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Glaucoma	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad pulmonar	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad de la tiroides	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Quimoterapia / radiación	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hay Fever	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Válvula mitral prolapsia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tonsilitis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Dolores en el pecho	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ataque del corazón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Osteoporosis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tuberculosis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Fuegos/úlceras en la boca	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Murmoro/soplo del corazón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	mandibula	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tumor	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Defecto de corazón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Marca pasos en el corazón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad de la paratiroides	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ulceras	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Convulsiones	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad del corazón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Cuidado psiquiatrico	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad veneria	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
						icterica (ojos y piel amarilla)	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no este indicada aqui? Si No por favor explique: _____

Comentarios: _____

He contestado estas preguntas correctamente según lo que entendí. Entiendo que al dar información incorrecta seria grave para mi salud o para el paciente. Es mi responsabilidad informar a la oficina de cambios medicos en mi salud.

Firma del Paciente, Padres, o Guardián _____ Date _____



PREGUNTAS INICIALES

¿Lo refirió su dentista general? SI NO ¿Como se llama su dentista? _____

¿Quien le recomendo a la Dr. Silvera? _____

¿Antes de la recomendacion, de donde a oido de la Dr. Silvera? _____

¿Si nos encontro por Internet, cual sitio y cuales palabras uso para hacer la busqueda?: _____

¿Sabe porque tiene que ver a la Dr. Silvera? _____

¿Tiene algunas preocupaciones de sus dientes o encías? _____

¿Cuanto tiene de altura? _____ ¿Con que frecuencia tiene limpiezas profesionales? _____

¿Cuanto pesa? _____ ¿Cuando fue su ultima limpieza profesional? _____

ALCOHOL / TABACO

¿Toma alcohol? SI NO

¿Fuma o ha fumado antes? SI NO ¿Si ha parado de fumar, cuando paro? _____

¿Por cuanto tiempo ha fumado? _____ ¿Por cuanto tiempo fumo? _____

¿Cuantos cigarrillos fuma al dia? _____ ¿Cuantos cigarrillos fuma al dia? _____

DIABETIS SI NO

¿Cual tipo? Tipo 1 Tipo 2

¿Se chequea la azucar en la sangre? SI NO ¿Con que frecuencia se la chequea? _____

¿Fecha de su ultimo hemoglobulina A1C? _____ ¿Cual fue el valor? _____

Nombre del medico que le chequea la hemoglobulina A1C: _____

Numero de telefono de el medico: _____

ASTHMA SI NO

¿Si es con alergia, a que le tiene alergia? _____

¿Que inicia o estimula su ataque asthmatico? _____

¿Que medicinas toma para controlar el asthma?

¿Toma corticosteroides? SI NO ¿Que amenudo los usa? _____

¿Alguna vez a tenido un ataque asmatico que no paraba? SI NO

¿Alguana vez lo ha hospitalizado por asthma? SI NO

EPILEPCIA SI NO Si marco que si, indique el tipo de epilepcia que tiene en la lista de abajo:

Gran mal convulsiones (convulsión tónico-clónica) Convulsiones atónicas

Pequeño mal, Petit - mal (ausencias típicas) Convulsiones simples parciales

Ausencias atípicas Convulsiones complejas parciales (gente con golpes de cabeza, tumores de cerebro, infecciones, o embolias)

Convulsiones Mioclónicas

¿Que medicina toma para controlar la epilepcia? _____ ¿Phenobarbital, dilantin, depicol or tegrical?

¿Cuanta veces le da epilepcia por semana mes o año? _____ ¿Controlla la epilepcia efectivamente? SI NO

¿Que le aviza que la epilepcia va a empezar? _____

¿Ve un arcoiris, oye un sonido o huele algo antes de la epilepcia o convulsion? SI NO

¿Alguna vez a tenido epilepcia que no paraba? SI NO ¿Alguna vez lo han hospitalizado por epilepcia? SI NO



CUIDADO EN HOGAR, HABITOS ORALES, Y HISTORIA DE TRATAMIENTO

CUIDADO EN HOGAR

Cuantas veces se cepilla: _____ Marca de pasta: _____

Cuantas veces usa hilo dental: _____ Marca de enjuague: _____

Otra: _____

HABITOS ORALES

Aprieta los dientes:	Presentemente	En el pasado	Nunca
Se muerde el cachete:	Presentemente	En el pasado	Nunca
Saca la lengua:	Presentemente	En el pasado	Nunca
Respira por la boca:	Presentemente	En el pasado	Nunca
Bulimia/ Anorexia:	Presentemente	En el pasado	Nunca
Fuma cigarro / cigarrillo:	Presentemente	En el pasado	Nunca
Fuma pipa:	Presentemente	En el pasado	Nunca
Se come las uñas:	Presentemente	En el pasado	Nunca
Mastica tabacco:	Presentemente	En el pasado	Nunca
Chupa dedo:	Presentemente	En el pasado	Nunca
Usa palillos:	Presentemente	En el pasado	Nunca
Mastica chicle:	Presentemente	En el pasado	Nunca
Come Dulce:	Presentemente	En el pasado	Nunca
Toma bebidas como coca-cola:	Presentemente	En el pasado	Nunca

Otra: _____

HISTORIA DE TRATAMIENTO

Sus dientes son sensibles al:

Calor o Frio:	Presentemente	En el pasado	Nunca
Masticando:	Presentemente	En el pasado	Nunca
Dulces:	Presentemente	En el pasado	Nunca

Alguna vez ha tenido:

Frenos:	Presentemente	En el pasado	Nunca
Protector de dientes:	Presentemente	En el pasado	Nunca
Tratamiento periodontal:	Presentemente	En el pasado	Nunca
Cirugia oral:	Presentemente	En el pasado	Nunca
Un accidente serio en la boca o cabeza:	Presentemente	En el pasado	Nunca