Formulario modelo: Información de contacto del paciente fuera del horario de atención Nombre de la persona que hizo la llamada:_____ Fecha y hora de la llamada:____ Nombre del paciente (si difiere de quien llamó):_____ Teléfono particular:______ Teléfono laboral:______ Teléfono celular:_____ ¿Cuál es su reclamo?___ ¿Cuándo fue su última visita al dentista?____ ¿Está actualmente bajo la atención de un médico?____ ¿Desde cuándo y por qué motivo?___ ¿Ha tenido algún problema físico o de salud que no sea dental recientemente?_____ ¿Qué medicamentos toma actualmente (recetados, de venta libre y suplementos)?______ Según su conocimiento, ¿tiene alergia a algún medicamento o reacciones tóxicas a los medicamentos? Revisión de los antecedentes médicos: Enfermedad del corazón/fiebre reumática/soplo/prótesis; trastornos hemorrágicos/anemia; presión arterial baja o alta; tuberculosis; asma o enfermedades respiratorias; articulaciones protésicas; diabetes/sistema endocrino; riñones; hepatitis; úlcera/gastrointestinal; antecedentes de tumores malignos; quimioterapia o radioterapia; trastornos convulsivos; embarazo; alcoholismo; enfermedades venéreas; VIH/inmunosupresión. ¿Tiene o tuvo alguna otra enfermedad o afección?____ Diagnóstico diferencial: Recomendaciones dadas al paciente:____ Medicamentos recetados (nombre, cantidad, dosis, indicaciones, surtidos adicionales):______ Información dada sobre el medicamento o receta: _____ Número de teléfono de la farmacia:_ Nombre de la farmacia:_

This sample form is for illustrative purposes only. Your form's content and layout may be different. We encourage you to modify this form to suit your individual practice and patient needs. As each practice presents unique situations and statutes may vary by state, we recommend that you consult with your attorney prior to use of this or similar forms in your practice. Published by CNA and provided through the Dentist's Advantage insurance program and the National Society of Dental Practitioners. Copyright © 2019 CNA. All rights reserved. Published 5/19.

¿Está el paciente al tanto de la necesidad de ir al consultorio para una revisión a la brevedad? (Si corresponde) Sí No ¿Está el paciente al tanto de la necesidad de buscar un tratamiento de emergencia si su afección empeora o si experimenta

¿Se le informó al paciente sobre los riesgos y las limitaciones del tratamiento paliativo? 🔲 Sí 🔲 No

Fecha programada para la revisión del paciente:____

Síntomas de alerta que requieren atención inmediata:

una reacción inusual a los medicamentos recetados? 🔲 Sí 🔲 No