

REGISTRO DE PACIENTE

FAVOR DE COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

SÍ ESTA CITA ES PARA USTED FAVOR DE COMENZAR AQUI

ESTA CITA ES PARA SU HIJO/A FAVOR DE COMENZAR AQUI

Fecha					1
Nombre					
Esposo/a					
Dirección					
Ciudad		Estado		Zona Postal	
Teléfono Residencia					
Fecha de Nacimiento		Edad		Hombre	Mujer
Estado civil					
Número de seguro social					
Fecha					
Nombre					
Dirección					
Ciudad		Estado		Zona postal	
Teléfono Residencia					
Fecha de Nacimiento		Edad		Hombre	Mujer
Escuela		Grado			
Número de seguro social					
SI EL APELLIDO DE SU HIJO/A Y SU DIRECCIÓN NO SON IGUALES A LOS SUYOS, FAVOR DE LLENAR LAS DOS PARTES					

SEGURO DENTAL		2
COBERTURA PRIMARIA		
Compañía de Seguro		
Número del Grupo		
Empleado		
Fecha de Nacimiento		
Fecha de primer día de empleo		
Número de Sindicato o local		
Número de Empleado		
Número de seguro social del empleado		
COBERTURA SECUNDARIA		
Compañía de Seguro		
Número del Grupo		
Empleado		
Fecha de Nacimiento		
Fecha de Empleo		
Número de Sindicato o local		
Número de Empleado		
Número de seguro social del empleado		

INFORMACIÓN FINANCIERA			4	
PERSONA RESPONSABLE POR SU CUENTA				
Nombre				
Relación con el Paciente				
Dirección				
Ciudad		Estado		Zona postal
Teléfono de Negocio		Extensión		
USTED				
Nombre				
Ocupación				
Nombre del Patron				
Dirección de Negocio		Ciudad		
Teléfono de Negocio		Extensión		
SU ESPOSO/A				
Nombre				
Ocupación				
Nombre de Negocio				
Dirección de Negocio		Ciudad		
Teléfono de Negocio		Extensión		

CONOCIENDOLO MEJOR			3	
¿ES PACIENTE DE NUESTRO CONSULTORIO OTRO MIEMBRO DE SU FAMILIA U OTRO PARIENTE?				
Nombre		Parentesco		
Referido a nos. por				
Su Dirección Anterior				
Ciudad		Estado		Zona postal
PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA				
Nombre		Parentesco		
Teléfono				
Dirección				
Ciudad		Estado		Zona postal
PARIENTE MÁS CERCANO NO VIVIENDO CON UD.				
Nombre		Parentesco		
Teléfono				
Dirección				
Ciudad		Estado		Zona postal

(Por favor voltee y firme)

Consentimiento al Tratamiento

1. Por este medio autorizo al doctor o personal auxiliar a tomar radiografías, impresiones de los dientes, fotografías, y hacer cualquier otra prueba y/o examen necesario para poder determinar los necesidades dentales que nos permita hacer un diagnóstico exhaustivo de _____ (*nombre del paciente*).
2. Una vez se determine el diagnóstico apropiado y este haya sido aprobado por mi, autorizo al doctor y a su personal a ejecutar la acción necesaria para completar dicho tratamiento.
3. Autorizo el uso de anestésico, sedantes, y cualquier otro medicamento que haya sido determinado como necesario. Entiendo que el uso de dichos medicamentos pueden causar reacciones, adversas y/u otros riesgos. Entiendo que puedo solicitar en cualquier momento una explicación de cualquier posible complicación.
4. Por último, estoy de acuerdo de hacerme responsable por pagar todos los servicios que se presten en mi beneficio o el de mis dependientes. Entiendo que el pago por los servicios prestados debe hacerse al momento de recibir los mismos, salvo algún otro acuerdo convenido por escrito. En la eventualidad de que no se reciba el pago en la fecha convenida, entiendo que se le puede aumentar el 1½ % (18% APR) en pagos atrasados al balance de mi cuenta.

Paciente _____ Fecha _____ Testigo _____

Padre/Madre o Persona Responsable _____ Relación con él Paciente _____

HISTORIAL DENTAL

Nombre del Paciente _____	
Número de Cuenta del Paciente _____	Alerta Médica _____

¡Bienvenidos! Para poder proporcionarle el mejor cuidado posible por favor complete los dos lados de éste formulario con su historial medico/dental.
 Toda la información es completamente confidencial.

¿Cuál es la razón de su visita hoy? _____

Fecha de: Su última visita dental: _____ Su última limpieza dental _____ Toma de radiografías intraorales _____

¿Qué se le hizo en su última visita dental? _____

Nombre de su dentista anterior _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona postal _____

Teléfono _____

¿Con qué frecuencia tiene exámenes dentales? _____

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____ ¿Usa hilo dental? _____

¿Qué otros artefactos dentales usa? (Interplak, palillos, etc.) _____

¿Tiene problemas dentales actualmente?

Si alguno, favor de explicar: _____

Tiene dientes con sensibilidad a:

¿Frió o caliente? Sí No

¿Dulces? Sí No

¿Morder o masticar? Sí No

¿Ha notado olores o malos sabores orales? Sí No

¿Le salen inflamaciones, ampollas u otras lesiones en la boca con frecuencia? Sí No

¿Le duelen o sangran las encías? Sí No

¿Han tenido sus padres enfermedades de las encías o pérdida de dientes? Sí No

¿Se le suele atorar comida entre los dientes? Sí No

Si contesto sí ¿en dónde? _____

Usted:

¿Aprieta o rechina los dientes mientras está despierto o dormido? Sí No

¿Se muerde los labios o dentro de la mejilla regularmente? Sí No

Detiene objetos con los dientes (lápices, pipa, alfileres, clavos, uñas)? Sí No

¿Respira por la boca cuando está despierto o dormido? Sí No

¿Se le cansa la mandíbula especialmente en la mañana? Sí No

¿Fuma/mastica tabaco? Sí No

Alguna vez ha tenido:

¿Tratamiento de ortodoncia? Sí No

¿Cirugía oral? Sí No

¿Tratamiento Periodontal? Sí No

¿Rebajacion de los dientes o ajuste oclusal? Sí No

¿Una férula oclusal o protector intraoral? Sí No

¿Una lesion seria a la cabeza o la boca? Sí No

Si contesto si, por favor explique: _____

Ha experimentado Ud.:

¿Chasquido o crepitación de la mandíbula? Sí No

¿Dolor? (articulación, oído, parte de la cara) Sí No

¿Dificultad al abrir o cerrar la boca? Sí No

¿Dificultad al masticar en cualquiera de los dos lados de la boca? Sí No

¿Dolor de cabeza, dolor de cuello, o dolor en los hombros? Sí No

¿Músculos adoloridos (en el cuello, u hombros)? Sí No

¿Está satisfecho con la apariencia de sus dientes? Sí No

¿Le gustaría conservar sus dientes por toda su vida? Sí No

¿Se siente nervioso al recibir tratamiento dental? Sí No

Si contestó sí, ¿que es lo que mas le preocupa? _____

¿Túvo alguna vez una experiencia dental traumática? Sí No

Si contestó sí, por favor explique: _____

Hay alguna otra cosa con respecto al tratamiento dental que quisiera que sepamos?:

Si contestó sí, por favor explique: _____

(Favor de completar el otro lado)

HISTORIAL MÉDICO

Nombre del paciente	
Número de cuenta (del paciente)	Alerta médica

1. ¿Ha estado bajo cuidado médico en los últimos dos años?: Sí No
 Si contestó sí, para que condición médica requirió éste tratamiento? _____
 Nombre del doctor _____ Teléfono _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____
2. ¿Ha tomando algún medicamento o droga en los últimos dos años? Sí No
3. ¿Está tomando algún a medicina, droga o pastilla ahora? Sí No
 Si contestó sí, escriba el nombre y la dosis _____
4. ¿Está conciente de tener alguna alergia (o reacción adversa) a cualquier sustancia o medicina?: Sí No
 Si contestó sí, por favor explíque _____
5. ¿Durante los últimos cinco años, ¿ha estado hospitalizado?: Sí No
6. Indique cual de los siguiente tiene, o ha tenido. Marque con un círculo, "sí" o "no" en cada línea:

Corazón (Cirugía, enfermedad, ataque) Sí No	Úlceras Sí No	Hepatitis A (infecciosa) B (sérica) Sí No
Dolor de pecho Sí No	Diabetes Sí No	Enfermedad venerea Sí No
Cardiopatía congénita Sí No	Problema de la tiroides Sí No	S.I.D.A. Sí No
Ípelo cardíaco Sí No	Glaucoma Sí No	H.I.V. Positiva Sí No
Presión arterial alta Sí No	Lentes de contacto Sí No	Fuegos/Postemillas, ampollas Sí No
Prolapso valvula mitral Sí No	Emfisema Sí No	Transfusión de sangre Sí No
Valvula cardíal artificial Sí No	Tos crónica Sí No	Hemofilia Sí No
Marcapaso cardíal Sí No	Tuberculosis Sí No	Enfermedad de celula falsiforme Sí No
Fiebre reumática Sí No	Asma Sí No	¿Se moretéa facilmente? Sí No
Artritis/Reumatismo Sí No	Fiebre del heno Sí No	Enfermedad del hígado Sí No
Medicamento de cortisona Sí No	Sensibilidad al latex Sí No	Ictericia Sí No
Tobillos hinchados Sí No	Alergias o ronchas Sí No	Trastornos neurológicos Sí No
Embolia Sí No	Sinusitis Sí No	Epilepsia o crisis convulsiva Sí No
Dieta (especial/restringida) Sí No	Radioterapia Sí No	Períodos de desmayos o mareos Sí No
Articulaciones artificiales (cadera, rodilla, etc.) Sí No	Quimoterapia Sí No	Nerviosidad/Ansiedad Sí No
Problemas con los riñones Sí No	Tumores Sí No	Cuidado psiquiátrico/psicológico Sí No

7. ¿Úsa más de dos almohadas para dormir?: Sí No
8. ¿Ha perdido o aumentado más de 10 libras de peso en el último año?
9. ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad, condición, o problema no mencionado?: Sí No
 Si contesto sí, explíque por favor, _____
10. Mujeres: Está Ud.: ¿Embarazada?: Sí No Si contesto sí, meses _____
 ¿Amamantando? Sí No ¿Tomando píldoras anticonceptivas? Sí No

Entiendo que la información arriba expuesta es necesaria para proveérme cuidado dental en una manera eficiente y segura. He contestado todas las preguntas de acuerdo a mi mejor conocimiento. Si necesita informacion adicional, tiene mi permiso para preguntarle a la entidad o agencia correspondiente que me presta atención medica, la cual le proveerá la información pedida. Notificaré al doctor de cualquier cambio en mi salud o medicamento.

Firma de paciente/guardián _____ Fecha _____

Repaso del historial médico

Firma del Doctor _____ Fecha _____