

Formulario de registro del paciente

Apellido del paciente: _____ **Nombre:** _____ **Inicial:** _____
 ¿Cómo desea que se dirijan a usted? _____ **Fecha de nacimiento:** _____ ☐ Masculino ☐ Femenino
Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____
Teléfono (casa): _____ **(Trabajo):** _____ **(Celular):** _____
Correo electrónico: _____ **Número de seguro social:** _____

Información sobre el seguro

Seguro primario	Seguro secundario
Nombre del suscriptor: _____	Nombre del suscriptor: _____
Ident. del suscriptor: _____	Ident. del suscriptor: _____
Fecha de nacimiento: _____	Fecha de nacimiento: _____
Relación con el suscriptor: ☐ Suscriptor ☐ Cónyuge ☐ Hijo(a) ☐ Otro	Relación con el suscriptor: ☐ Suscriptor ☐ Cónyuge ☐ Hijo(a) ☐ Otro
Nombre del empleador: _____	Nombre del empleador: _____
Teléfono del empleador: _____	Teléfono del empleador: _____
Compañía de seguros: _____	Compañías de seguros: _____
Grupo asegurador: _____	Grupo asegurador: _____
Teléfono del asegurador: _____	Teléfono del asegurador: _____

Por favor presente su tarjeta del seguro a fin de fotocopiarla para nuestros expedientes.

Persona responsable (si el paciente es menor de edad)

Apellido: _____ **Nombre:** _____ **Inicial:** _____
Dirección (si es diferente): _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____
Teléfono (casa): _____ **(Trabajo):** _____ **(Celular):** _____
Correo electrónico: _____

Contacto para emergencias

Apellido: _____ **Nombre:** _____ **Inicial:** _____
Teléfono (☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Casa): _____

Consentimiento

Autorizo los procedimientos de diagnóstico y el tratamiento dental que realice mi odontólogo, y autorizo revelar información sobre mi cuidado de salud (o de mi hijo/hija), consejos y tratamientos a otro odontólogo, o con la finalidad de evaluar y gestionar cualquier reclamo relacionado con los beneficios del seguro. Autorizo el pago directo de los beneficios de mi seguro médico al odontólogo o el grupo odontológico, y comprendo que mi seguro médico podría pagar menos que la factura por los servicios y que soy responsable por cualquier servicio que no pague o no cubra mi seguro médico, así como cualquier saldo que quede pendiente en mi cuenta.

Certifico la veracidad de la información en esta página.

Firma: _____ **Fecha:** _____
 (Persona responsable, si el paciente es menor de 18 años)

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial 2º nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Historial dental

Motivo de la consulta de hoy: _____ Fecha de su última consulta dental: _____
Odontólogo anterior: _____ Fecha de sus radiografías dentales más recientes: _____

Indique si tiene o ha tenido lo siguiente:

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Mal aliento | ☐ Dientes flojos o amalgamas rotas | ☐ ¿Lesiones en el rostro, la boca o los dientes?
En caso afirmativo, explique: _____ |
| ☐ Ampollas en los labios o la boca | ☐ Dientes permanentes faltantes | |
| ☐ Ardor en la lengua | ☐ Respira por la boca | |
| ☐ Mastica por un solo lado de la boca | ☐ Óxido nitroso | ☐ ¿Ha tenido algún problema causado por un cuidado dental previo? En caso afirmativo, explique: _____ |
| ☐ Sequedad de la boca | ☐ Tratamiento de ortodoncia | |
| ☐ Dientes permanentes adicionales | ☐ Tratamiento periodontal | |
| ☐ Acumulación de comida entre los dientes | ☐ Sensibilidad a la presión o a irritantes (<i>frío, calor, dulces</i>) | ☐ ¿Ha tenido alguna reacción alérgica a la novocaína o a anestésicos locales o generales? En caso afirmativo, explique: _____ |
| ☐ Rechina los dientes | ☐ Tabaco sin humo | |
| ☐ Aprieta los dientes | ☐ ¿Fuma actualmente o ha fumado? | |
| ☐ Formaciones o llagas dolorosas en la boca | Marque abajo las opciones que apliquen: | ☐ ¿Con qué frecuencia usa hilo dental? _____ |
| ☐ Encías hinchadas, adoloridas o sangrantes | ☐ Ocasionalmente/poco ☐ Promedio | ☐ ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____ |
| ☐ Molestia o dolor de cabeza, cuello, mandíbula o articulaciones de la mandíbula | ☐ Mucho ☐ Exfumador | ☐ ¿Se automedica antes de someterse a un tratamiento dental? |
| | ☐ ¿Antecedentes de apnea del sueño o ronquidos? | |

Preguntas adicionales para pacientes menores de 14 años:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ ADHD/ADD (déficit de atención/hiperactiva) | ☐ Llagas frecuentes en los labios o la boca | ☐ Ha recibido previamente anestesia local |
| ☐ Vacunas al día | ☐ Se muerde las uñas | ☐ Ha alcanzado la pubertad |
| ☐ Uso frecuente de biberón/Duerme con biberón | ☐ Se chupa el pulgar o un dedo, o se chupa o muerde los labios | |

Historia médica

Nombre del médico _____ Teléfono del médico _____ Fecha de la última consulta _____

Indique si tiene o ha tenido lo siguiente:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| ☐ Anemia | ☐ Corazón o válvulas artificiales | ☐ Apoplejía | ☐ ¿Tiene alergia o sensibilidad al látex? |
| ☐ Artritis, reumatismo | ☐ Corazón, prolapso de la válvula mitral | ☐ Hinchazón de pies/tobillos/articulaciones | ☐ ¿Tiene alguna alergia?
(<i>Seleccione una o más</i>): |
| ☐ Articulaciones artificiales | ☐ Hepatitis (<i>seleccione el tipo</i>) | ☐ Problemas de tiroides | ☐ Fiebre del heno, sinusitis |
| ☐ Anticonceptivos | ☐ A ☐ B ☐ C | ☐ Amigdalitis | ☐ Níquel |
| ☐ Enfermedad de la sangre | ☐ Herpes | ☐ ¿Le extirparon las amígdalas? fecha: _____ | ☐ Nueces |
| ☐ Trastornos óseos | ☐ Hipertensión | ☐ Tuberculosis (<i>TB</i>) | ☐ Otra, favor especificar: _____ |
| ☐ Cáncer | ☐ Inmunodeficiencia (<i>incluye VIH/SIDA</i>) | ☐ Tumor o formación en la cabeza o el cuello | |
| ☐ Farmacodependencia | ☐ Ictericia/Otro problema hepático | ☐ Úlcera | |
| ☐ Quimioterapia | ☐ Enfermedad renal | ☐ Pérdida de peso inexplicada | ☐ ¿Tiene usted asma? |
| ☐ Problemas circulatorios | ☐ Hipotensión | ☐ ¿Le han hecho transfusiones sanguíneas?
Fechas aproximadas: _____ | ☐ Ha requerido hospitalización |
| ☐ Trastornos de coagulación, o hemorragias prolongadas | ☐ Cuidado de enfermería | ☐ ¿Toma usted bebidas alcohólicas? | ☐ Usa esteroides |
| ☐ Tratamientos con cortisona | ☐ Osteoporosis/Osteopenia | ☐ ¿Está usted actualmente bajo el cuidado de un médico? | ☐ Fecha del último episodio: _____ |
| ☐ Tos, persistente o con sangre | ☐ Marcapasos | ☐ ¿Tiene antecedentes de abuso de sustancias? | ☐ ¿Toma actualmente algún medicamento? Indique cuáles: _____ |
| ☐ Diabetes | ☐ Embarazada, fecha del parto: _____ | ☐ ¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía?
Fecha aproximada de su última cirugía: _____ | ☐ ¿Tiene alguna otra condición o trastorno?
_____ |
| ☐ Enfisema | ☐ Tratamientos con radiación | | |
| ☐ Problemas endocrinos | ☐ Enfermedad respiratoria | | |
| ☐ Epilepsia/convulsiones | ☐ Enfermedad o fiebre reumática | | |
| ☐ Desmayos o vértigo | ☐ Respiración entrecortada | | |
| ☐ Glaucoma | ☐ Problemas de sinusitis | | |
| ☐ Dolores de cabeza | ☐ Estudios del sueño/CPAP | | |
| ☐ Soplo cardíaco | ☐ Anemia drepanocítica | | |
| ☐ Problemas cardíacos | ☐ Erupción cutánea | | |
| | ☐ Enfermedades o infecciones de transmisión sexual | | |

MedHX Notes (OFFICE USE ONLY)

Autorización y descargo de responsabilidad

He leído y respondido las preguntas anteriores según mi leal saber y entender.

Firma del paciente/representante legal: _____ Fecha: _____

Revisado por: _____ Fecha: _____

ANTECEDENTES DE SALUD MÉDICA Y DENTAL

He leído mis antecedentes médicos y confirmo que expresan correctamente mis condiciones pasadas y presentes

He leído mis antecedentes médicos y confirmo que expresan correctamente mis condiciones pasadas y presentes

[illegible]