

REGISTRO E HISTORIAL ODONTOLÓGICO

1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha _____

SS/HIC/ID Paciente _____

Nombre del paciente _____
Apellido

_____ Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre

Domicilio _____

Correo electrónico _____

Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____

Sexo M F Edad _____

Fecha de nacimiento _____

Casado Viudo Soltero Menor

Separado Divorciado En pareja durante _____ años

Empleador/Escuela del paciente _____

Ocupación _____

Domicilio del empleador/escuela _____

Teléfono del empleador/escuela (____) _____

Nombre del cónyuge _____

Fecha de nacimiento _____

SS# _____

Empleador del cónyuge _____

¿A quién podemos agradecer su referencia? _____

2 SEGURO ODONTOLÓGICO

¿Quién es responsable de esta cuenta? _____

Relación con el paciente _____

Compañía de seguros. _____

Grupo # _____

¿El paciente está cubierto por algún seguro adicional? Sí No

Nombre del suscriptor _____

Fecha de nacimiento _____ SS# _____

Relación con el paciente _____

Compañía de seguros. _____

Grupo # _____

CESIÓN Y DIVULGACIÓN
 Certifico que yo y/o mi(s) persona(s) a cargo contamos con cobertura de seguro de _____ y cedemos directamente al _____ Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros

Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, de otro modo pagaderos a mí por servicios prestados. Comprendo que soy responsable desde el punto de vista financiero por todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los documentos del seguro.

El dentista arriba mencionado puede utilizar mi información sobre atención de salud y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguros arriba mencionadas y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un año después de la fecha de suscripción a continuación.

_____ Firma del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

_____ Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

_____ Fecha _____ Relación con el paciente _____

3 NÚMEROS DE TELÉFONO

Hogar (____) _____ Trabajo (____) _____ Ext. _____ Celular (____) _____

Trabajo del Cónyuge (____) _____ Mejor momento y lugar para contactarlo _____

EN CASO DE EMERGENCIA, COMUNICARSE CON (Especificar alguien que no viva en su hogar.)

Nombre _____ Relación _____

Teléfono del hogar (____) _____ Teléfono del trabajo (____) _____

4 HISTORIAL ODONTOLÓGICO

| | | |
|---|---|--|
| Motivo de la visita de hoy _____ | Ardor en la lengua <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sequedad de boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| _____ | Masticación en un lado de la boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolor en la boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dentista Anterior _____ | Fumar cigarrillo, pipa o cigarro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tratamiento de ortodoncia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Ciudad/Estado _____ | Chasquido o crujido mandibular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolor alrededor del oído <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Fecha de la última consulta odontológica _____ | Sequedad de boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tratamiento periodontológico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Fecha de últimos rayos X odontológicos _____ | Comerse las uñas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sensibilidad al frío <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Marcar "sí" o "no" para indicar si experimentó: | Acumulación de comida entre los dientes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sensibilidad al calor <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Mal aliento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Objetos extraños <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sensibilidad a lo dulce <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Sangrado de encías <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Rechinar de dientes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sensibilidad al morder <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Ampollas en labios o boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Encías hinchadas o sensibles <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Llagas o protuberancias en la boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | Dolor o cansancio mandibular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Con qué frecuencia utiliza hilo dental? _____ |
| | Morderse los labios o las mejillas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____ |
| | Dientes flojos o empastes rotos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

5 HISTORIAL DE SALUD

Nombre del médico _____ Fecha de la última consulta _____

¿Alguna vez ha tomado alguno de los fármacos del grupo denominado en inglés "fen-phen"? Esto incluye combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres comerciales de la fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina). Sí No

Marcar "sí" o "no" para indicar si ha tenido:

| | | | | | |
|--|---|----------------------------|---|-----------------------------------|---|
| SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Glaucoma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sinusitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Erupción cutánea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Artritis, reumatismo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dieta especial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Válvulas cardíacas artificiales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Apoplejía | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis tipo _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hinchazón de pies o tobillos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hinchazón de glándulas en cuello | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas lumbares | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión sanguínea alta | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas de tiroides | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Sangrado anormal en caso de extracciones o cirugía | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ictericia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad sanguínea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolor mandibular | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tumor o quiste en cabeza o cuello | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dependencia de fármacos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Úlcera | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión sanguínea baja | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas circulatorios | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Prolapso de válvula mitral | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Pérdida de peso inexplicada | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Lesiones cardíacas congénitas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas nerviosos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| Tratamientos con cortisona | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Marcapasos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| Tos, persistente o con sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Asistencia psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tratamiento de radiación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| Enfisema | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad respiratoria | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| Epilepsia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| Desmayos o mareos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre escarlata | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| | | Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |

¿Usa lentes de contacto? Sí No

Mujeres:

¿Está usted embarazada? Sí No

Fecha de parto _____

¿Está usted amamantando? Sí No

¿Toma píldoras anticonceptivas? Sí No

MEDICAMENTOS

Enumere los medicamentos que está tomando actualmente y el diagnóstico correspondiente:

Nombre de la farmacia _____

Teléfono (_____) _____

ALERGIAS

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Anestésico local |
| <input type="checkbox"/> Barbitúricos (Píldoras para dormir) | <input type="checkbox"/> Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Sulfa |
| <input type="checkbox"/> Iodina | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Latex | _____ |

6 ACTUALIZACIONES (Completar en todas las consultas futuras)

¿Ha habido algún cambio en su estado de salud desde su última consulta odontológica? Sí No

¿En qué sentido? _____

¿Está tomando alguna medicación nueva? _____ ¿Cuál? _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del médico _____ Fecha _____

.....

¿Ha habido algún cambio en su estado de salud desde su última consulta odontológica? Sí No

¿En qué sentido? _____

¿Está tomando alguna medicación nueva? _____ ¿Cuál? _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del médico _____ Fecha _____