

# 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 ☐ Sí ☐ NoAnemia ☐ Sí ☐ NoArtritis, reumatismo ☐ Sí ☐ NoVálvulas cardíacas artificiales ☐ Sí ☐ NoArticulaciones artificiales ☐ Sí ☐ NoAsma ☐ Sí ☐ NoProblemas lumbares ☐ Sí ☐ NoSangrado anormal en caso de extracciones o cirugía ☐ Sí ☐ NoEnfermedad sanguínea ☐ Sí ☐ NoCáncer ☐ Sí ☐ NoDependencia de fármacos ☐ Sí ☐ NoQuimioterapia ☐ Sí ☐ NoProblemas circulatorios ☐ Sí ☐ NoLesiones cardíacas congénitas ☐ Sí ☐ NoTratamientos con cortisona ☐ Sí ☐ NoTos, persistente o con sangre ☐ Sí ☐ NoDiabetes ☐ Sí ☐ NoEnfisema ☐ Sí ☐ NoEpilepsia ☐ Sí ☐ NoDesmayos o mareos ☐ Sí ☐ NoGlaucoma ☐ Sí ☐ NoDolores de cabeza ☐ Sí ☐ NoSoplo cardíaco ☐ Sí ☐ NoProblemas cardíacos ☐ Sí ☐ NoHepatitis tipo \_\_\_\_\_ ☐ Sí ☐ NoHerpes ☐ Sí ☐ NoPresión sanguínea alta ☐ Sí ☐ NoIctericia ☐ Sí ☐ NoDolor mandibular ☐ Sí ☐ NoEnfermedad renal ☐ Sí ☐ NoEnfermedad hepática ☐ Sí ☐ NoPresión sanguínea baja ☐ Sí ☐ NoProlapso de válvula mitral ☐ Sí ☐ NoProblemas nerviosos ☐ Sí ☐ NoMarcapasos ☐ Sí ☐ NoAsistencia psiquiátrica ☐ Sí ☐ NoTratamiento de radiación ☐ Sí ☐ NoEnfermedad respiratoria ☐ Sí ☐ NoFiebre reumática ☐ Sí ☐ NoFiebre escarlata ☐ Sí ☐ NoDificultad para respirar ☐ Sí ☐ NoSinusitis ☐ Sí ☐ NoErupción cutánea ☐ Sí ☐ NoDieta especial ☐ Sí ☐ NoApoplejía ☐ Sí ☐ NoHinchazón de pies o tobillos ☐ Sí ☐ NoHinchazón de glándulas en cuello ☐ Sí ☐ NoProblemas de tiroides ☐ Sí ☐ NoAmigdalitis ☐ Sí ☐ NoTuberculosis ☐ Sí ☐ NoTumor o quiste en cabeza o cuello ☐ Sí ☐ NoÚlcera ☐ Sí ☐ NoEnfermedad venérea ☐ Sí ☐ NoPérdida de peso inexplicada ☐ Sí ☐ 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

☐ Aspirina☐ Anestésico local☐ Barbitúricos (Píldoras para dormir)☐ Penicilina☐ Codeína☐ Sulfa☐ Iodina☐ Otros \_\_\_\_\_☐ 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 \_\_\_\_\_