

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 _____