

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: <input type="checkbox"/> Suscriptor <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro	Relación con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Suscriptor <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> 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)

OFFICE USE ONLY

Patient #: _____

Last updated date: _____

Blood Pressure: _____

POR FAVOR COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN - GRACIAS

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:

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

Preguntas adicionales para pacientes menores de 14 años:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADHD/ADD (déficit de atención/hiperactiva) | <input type="checkbox"/> Llagas frecuentes en los labios o la boca | <input type="checkbox"/> Ha recibido previamente anestesia local |
| <input type="checkbox"/> Vacunas al día | <input type="checkbox"/> Se muerde las uñas | <input type="checkbox"/> Ha alcanzado la pubertad |
| <input type="checkbox"/> Uso frecuente de biberón/Duerme con biberón | <input type="checkbox"/> 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:

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