

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 _____

Correo electrónico _____

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 _____

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 _____

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

Primero (____) _____ Otro teléfono (____) _____

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

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

Nombre _____ Relación _____

Primero (____) _____ Otro teléfono (____) _____

4

HISTORIAL ODONTOLÓGICO

Motivo de la visita de hoy _____

Dentista Anterior _____

Ciudad/Estado _____

Fecha de la última consulta odontológica _____

Fecha de últimos rayos X odontológicos _____

Marcar "sí" o "no" para indicar si experimentó:

Mal aliento ☐ Sí ☐ No

Sangrado de encías ☐ Sí ☐ No

Ampollas en labios o boca ☐ Sí ☐ No

Ardor en la lengua

Masticación en un lado de la boca

Fumar cigarrillo, pipa o cigarro

Chasquido o crujido mandibular

Sequedad de boca

Comerse las uñas

Acumulación de comida entre los dientes

Objetos extraños

Rechinar de dientes

Encías hinchadas o sensibles

Dolor o cansancio mandibular

Morderse los labios o las mejillas

Dientes flojos o empastes rotos

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

Sequedad de boca

Dolor en la boca

Tratamiento de ortodoncia

Dolor alrededor del oído

Tratamiento periodontológico

Sensibilidad al frío

Sensibilidad al calor

Sensibilidad a lo dulce

Sensibilidad al morder

Llagas o protuberancias en la boca

¿Con qué frecuencia utiliza hilo dental? _____

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ 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

¿Usted está tomando (o ha tomado) medicación de bisfosfonatos (recetado para prevenir o tratar osteoporosis)? Nombres comerciales de bisfosfonatos incluyen Fosamax, Actonel, Atelvia y Boniva (tomados en forma de pastilla) Otros medicamentos incluyen Aredia, Bonefos, Didronel y Zometa, cuales a veces son administradas por inyección, y pueden ser recetados para terapia contra el cáncer para reducir el dolor de los huesos. ☐ Sí ☐ No

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

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