

Nombre del paciente

**HISTORIAL MÉDICO-DENTAL**

Número de cuenta del paciente

Alerta médica

**¡Bienvenido! Para poder brindarle la mejor atención posible, complete todos los datos de este formulario de historial médico/dental.**  
**Toda la información es completamente confidencial.**

¿Cuál es la razón de su visita hoy?

Fecha de su última visita dental:

Última limpieza dental:

Últimas radiografías completas:

¿Qué se hizo en su última visita dental?

Nombre de su dentista anterior :

Dirección:

Estado:

ZIP:

Teléfono:

¿Con qué frecuencia se realiza exámenes dentales?

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes?

¿Con qué frecuencia usa hilo dental?

¿Qué otros auxiliares dentales utiliza? (Interplak, palillos, etc.)

**¿Tiene algún problema dental actualmente?** Sí No

Si la respuesta es sí, describa sus problemas dentales:

¿Alguno de sus dientes es sensible a:

Calor o frío? .....

 Sí No

¿Ha tenido alguna vez: .....

 Sí No

Dulces? .....

 Sí No

Tratamiento de ortodoncia? .....

 Sí No

Morder o masticar? .....

 Sí No

Cirugía oral? .....

 Sí No

Ha notado algún mal olor o sabor en la boca? .....

 Sí No

Tratamiento periodontal? .....

 Sí No

Suele tener llagas, ampollas o

cualquier otra lesión oral? .....

 Sí No

Le han desgastado los dientes o ajustado la mordida? .....

 Sí No

¿Le sangran o le duelen las encías? .....

 Sí No

Ha usado una guarda dental? .....

 Sí No

¿Sus padres han sufrido enfermedades

de las encías o pérdida de dientes? .....

 Sí No

Ha sufrido una lesión grave en la boca o la cabeza? ...

 Sí No

¿Ha notado algún diente flojo o

cambios en su mordida? .....

 Sí No

Si es sí, describa, incluyendo la causa: .....

 Sí No

¿Suele quedarse comida atrapada

entre los dientes? .....

 Sí No

Le han desgastado los dientes o ajustado la mordida? .....

 Sí No

Si es sí, ¿dónde?

Dificultad para abrir o cerrar la boca? .....

 Sí No

¿Usted:

Aprieta o rechina los dientes despierto o dormido?

 Sí No

¿Está satisfecho con la apariencia de sus dientes?

 Sí No

Se muerde los labios o las mejillas regularmente?

 Sí No

¿Le gustaría conservar todos sus

 Sí No

Sostiene objetos extraños con los dientes?

 Sí No

dientes durante toda su vida? .....

 Sí No

(lápices, pipas, alfileres, uñas, etc.).....

 Sí No

¿Se siente nervioso por recibir tratamiento dental?

 Sí No

Respira por la boca estando despierto o dormido?

 Sí No

¿Hasta qué punto le molesta la mordida?

 Sí No

Tiene la mandíbula cansada, especialmente

 Sí No

Dolores de cabeza, cuello u hombros? .....

 Sí No

por la mañana?

 Sí No

Músculos adoloridos (cuello, hombros)? .....

 Sí No

Fuma o mastica tabaco?

 Sí No

Si es sí, describa:

**¿Hay algo más sobre el tratamiento dental que le gustaría que supiéramos?**

Si es sí, describa:

Nombre del paciente

**HISTORIAL MÉDICO-DENTAL**

Número de cuenta del paciente

Alerta médica

1. ¿Ha estado bajo el cuidado de un médico durante los últimos dos años? .....  Sí  no

Si es sí, ¿por qué? .....

Nombre del médico: ..... Teléfono: .....

Dirección: ..... Ciudad: ..... Estado: ..... ZIP: .....

2. ¿Ha tomado algún medicamento o droga durante los últimos dos años? .....  Sí  no3. ¿Está tomando algún medicamento, droga o pastilla actualmente? .....  Sí  no

Si es sí, liste el nombre y la dosis: .....

4. ¿Es consciente de tener alguna alergia (o reacción adversa) a algún medicamento o sustancia? .....  Sí  no

Si es sí, liste: .....

5. ¿Ha sido paciente en un hospital durante los últimos cinco años? .....  Sí  no

6. Indique cuáles de los siguientes ha tenido o tiene actualmente. Marque "sí" o "no" para cada uno.

Corazón (Cirugía, Enfermedad, Ataque)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Ulceras	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hepatitis tipo A o B	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Dolor en el pecho	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Diabetes	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	SIDA	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Enfermedad cardíaca congénita	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Problemas de Tiroides	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	VIH Positivo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Soplo cardíaco	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Glucoma	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Herpes labial/ampollas febris	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Presión arterial alta	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Lentes de Contacto	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Transfusiones de Sangre	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Prolapso de la válvula mitral	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfisema	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hemofilia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Válvula cardíaca artificial	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tos Crónica	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Anemia Falciforme	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Marcapasos cardíaco	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tuberculosis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Moretones recurrentes	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Fiebre reumática	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Aisma	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad Hepática	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Artritis/Reumatismo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Rinitis Alérgica	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Ictericia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Medicamentos con cortisona	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Alergia al Látex	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Trastornos neurológicos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Tobillos hinchados	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Alergias o Urticaria	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Epilepsia o crisis convulsivas	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Derrame cerebral	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Sinusitis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Desmayos o mareos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Dieta (Especial/Restringida)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Radioterapia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Nerviosismo/Ansiedad	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Articulaciones artificiales (cadera, rodilla, etc.)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Quimioterapia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Asistencia psiquiátrica/psicológica	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Problemas renales	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tumores	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Psychiatric/Psychological Care	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

7. ¿Uso más de dos almohadas para dormir? .....  Sí  no8. ¿Ha perdido o ganado más de 10 libras en el último año? .....  Sí  no9. ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad, condición o problema no listado? .....  Sí  no

Si es sí, liste: .....

10. Exclusivo Mujeres. Usted: **Embarazada?**  Sí  No      Meses .....      **Lactando?**  Sí  No      **Anticonceptivo oral?**  Sí  No

**Entiendo que la información anterior es necesaria para proporcionarme atención dental de una manera segura y eficiente. He respondido a todas las preguntas a mi leal saber y entender. En caso de necesitar más información, otorgo permiso para solicitarla al proveedor o agencia de atención médica correspondiente, que podrá facilitarle dicha información. Notificaré al médico cualquier cambio en mi salud o medicación.**

Firma del paciente/tutor ..... Fecha: .....

**Revisión del historial****Firma del dentista:** .....**Fecha:** .....

# REGISTRO DEL PACIENTE

POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

**SI LA CITA DENTAL ES PARA USTED LLENE LOS SIGUIENTES DATOS:**

Fecha:	1			
Apellidos:	Nombre(s):			
Prefiere ser llamado como:				
Dirección:				
Ciudad:	Estado:	ZIP:		
Teléfono de casa:	Fax:			
Teléfono celular:	Correo electrónico:			
Fecha de nacimiento:	Edad:	Masculino: <input type="radio"/> Femenino: <input type="radio"/>		
Número de Seguro Social	Casado: <input type="radio"/>	Soltero: <input type="radio"/>	Divorciado: <input type="radio"/>	Viudo: <input type="radio"/>

**SI LA CITA DENTAL ES PARA SU HIJO(A) LLENE LOS SIGUIENTES DATOS, SI EL APELLIDO Y/O LA DIRECCIÓN DE SU HIJO NO SON LOS MISMOS QUE LOS SUYOS, COMPLETE TAMBIÉN EL CUADRO SUPERIOR:**

Fecha:		
Apellido:	Nombres:	
Prefiere que le llamen por:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	ZIP:
Teléfono de casa:	Fax:	
Celular:	Correo electrónico:	
Fecha de Cumpleaños:	Edad:	Masculino: <input type="radio"/> Femenino: <input type="radio"/>
Escuela:	Grado:	
Número de Seguro Social:		

<b>SEGURO DENTAL</b>		2
<b>ASEGURADORA PRINCIPAL</b>		
Compañía de seguros:	Número de grupo:	
Nombre del empleador:	Nombre del asegurado:	
Fecha de nacimiento:	Relación con el paciente:	
No. ID del Asegurado:	No. de Seguro Social del asegurado:	
<b>ASEGURADORA SECUNDARIA</b>		
Compañía de seguros:	Número de grupo:	
Nombre del empleador:	Nombre del asegurado:	
Fecha de nacimiento:	Relación con el paciente:	
No. ID del Asegurado:	No. de Seguro Social del asegurado:	

<b>PARA CONOCERLE MEJOR</b>		3
<b>¿Es otro miembro de su familia o un pariente paciente en nuestra clínica dental?</b>		
Nombre:	Parentezco:	
¿Quién lo refirió con nosotros?		
<b>Su dirección anterior</b>		
Ciudad:	Estado:	ZIP:
<b>Persona a contactar en caso de emergencia</b>		
Número de teléfono:	Dirección:	
Ciudad:	Estado:	ZIP:
<b>Familiar más cercano que no vive con usted</b>		
Número de teléfono:	Dirección:	
Ciudad:	Estado:	ZIP:

<b>INFORMACIÓN DE LA CUENTA</b>			4
<b>Persona financieramente responsable de la cuenta</b>			
Nombre:			
Relación con el paciente:	No. de Seguridad Social:		
Número de teléfono:	Dirección:		
Ciudad:	Estado:	ZIP:	
<b>Usted</b>			
Nombre:	Ocupación:		
<b>Nombre de su empleador</b>			
Número de teléfono :	Dirección:		
Ciudad:	Número de fax:		
<b>Su cónyuge</b>			
Nombre:	Ocupación:		
Nombre de su empleador:			
Número de teléfono:	Dirección:		
Ciudad:	Número de fax:		

## **CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO**

1. Por la presente, autorizo al doctor o al personal designado a tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías y otros auxiliares de diagnóstico que el doctor considere apropiados para realizar un diagnóstico completo de las necesidades dentales de (nombre del paciente) .....
2. Tras dicho diagnóstico, autorizo al doctor a realizar todo el tratamiento recomendado y acordado mutuamente por mí, y a emplear la asistencia necesaria para brindar la atención adecuada.
3. Acepto el uso de anestésicos, sedantes y otros medicamentos según sea necesario. Entiendo completamente que el uso de agentes anestésicos conlleva ciertos riesgos. Entiendo que puedo solicitar una explicación completa de cualquier posible complicación.
4. Doy mi consentimiento para que el doctor o el personal designado utilice y divulgue cualquier registro de salud oral, escrito o electrónico que me identifique individualmente con el propósito de llevar a cabo mi tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Entiendo que solo se utilizará o divulgará la cantidad mínima de información necesaria para brindar una atención de calidad, y que está disponible un aviso que describe completamente la protección de mi información de salud personal.
5. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o en el de mis dependientes. Entiendo que el pago es debido al momento del servicio a menos que se hayan hecho otros arreglos. En caso de que los pagos no se reciban en las fechas acordadas, entiendo que se puede agregar un cargo por mora del 1.5% (18% APR) a mi cuenta. Si es necesario, también entiendo que se puede realizar una verificación de mi historial crediticio.

Firma del paciente ..... Fecha ..... Testigo .....  
Firma del padre/tutor responsable ..... Relación con el paciente .....