

FECHA: _____

INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD GENERAL

N.º DE REGISTRO _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ APELLIDO _____ NOMBRE _____ FECHA DE NAC.: _____ EDAD: _____

Razón de la visita/Problema principal Control Limpieza Dolor de muelas Otro _____

HISTORIA CLÍNICA DENTAL

- ¿Cuándo fue por última vez a un dentista? _____
- ¿Cuándo se tomaron las radiografías dentales? _____
- ¿Cuándo fue tu última limpieza dental? _____
- ¿Ha tenido tratamiento de las encías o periodontal? _____
- ¿Le sangran fácilmente las encías? SÍ NO
- ¿Siente que tiene mal aliento? SÍ NO
- ¿Tienes dificultad para usar hilo dental? SÍ NO
- ¿Sus dientes son sensibles al calor o al frío? SÍ NO
- ¿Le rechinan los dientes, aprieta mucho los maxilares o tiene síntomas cerca de los oídos como "clicks", sensación de destapa el oído, dolor o sensación de que no puede cerrar la mandíbula? SÍ NO
- ¿Tiene dolor o malestar? SÍ NO
En caso afirmativo, describa la ubicación del dolor o malestar y cuándo comenzó _____
- ¿Alguna vez ha estado insatisfecho con el tratamiento dental? SÍ NO
En caso afirmativo, describa: _____

AUTOEVALUACIÓN DE LA SONRISA

- ¿Le agrada su sonrisa? SÍ NO
- ¿Se siente cohibido cuando sonríe o muestra los dientes? SÍ NO
- ¿Estás contento con el color de tus dientes? SÍ NO
- ¿Son sus encías de aspecto saludable? SÍ NO
- ¿Tiene dientes astillados, dientes torcidos o huecos en su sonrisa? SÍ NO
- ¿Está interesado en aprender cómo la odontología cosmética o la ortodoncia pueden mejorar su sonrisa? SÍ NO

HISTORIA CLÍNICA

- ¿Está recibiendo atención médica en este momento? SÍ NO Si es sí, especifique: _____
Nombre del médico: _____ Tel. del médico: () _____
- ¿Es alérgico a la penicilina, la codeína, los anestésicos locales, los tranquilizantes o algún otro medicamento? _____
- ¿Está tomando algún medicamento en este momento (incluidos anticonceptivos)? SÍ NO Si es sí, especifique: _____
- (Mujeres) ¿Está embarazada? SÍ NO Si es sí, especifique de cuántos meses: _____ ¿Está amamantando? SÍ NO
- ¿Padece algún otro problema de salud que deberíamos tener en cuenta? Especifique: _____
- ¿Nombre del dentista anterior? _____ ¿Razón para dejar la dentista anterior? _____
- ¿Podemos comunicarnos con su dentista anterior para obtener una copia de sus registros y radiografías? SÍ NO
- ¿Tuvo o tiene alguna de las siguientes enfermedades?

Marque "SÍ" o "NO"

Coment. del médico

Marque "SÍ" o "NO"

Coment. del médico

| | | | | | |
|-----------------------------|---|-------|-------------------------------|---|-------|
| VÁLVULA CARDÍACA ARTIFICIAL | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ | HEPATITIS | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| SIDA/VIH+ | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ | PRESIÓN ARTERIAL ALTA | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| ANEMIA | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ | ICTERICIA | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| ANGINAS | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ | REEMPLAZO DE ARTICULACIONES | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| ARTRITIS | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ | ENFERMEDAD RENAL | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| ASMA | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ | ALERGIA AL LÁTEX | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| TERAPIA CON BISFOSFONATOS | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ | PROBLEMAS HEPÁTICOS | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| HEMORRAGIAS | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ | PRESIÓN ARTERIAL BAJA | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| CÁNCER | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ | ENFERMEDAD PULMONAR | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| QUIMIO/RADIOTERAPIA | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ | MARCAPASOS | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| CIRUGÍA ESTÉTICA | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ | ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| DIABETES | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ | FIEBRE REUMÁTICA | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| MAREOS | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ | PROBLEMAS EN SENOS NASALES | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| ADICCIÓN A DROGAS | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ | LA APNEA DEL SUEÑO | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| ENFISEMA | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ | TABAQUISMO | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| EPILEPSIA | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ | DERRAME CEREBRAL | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| DESMAYOS | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ | PROB. DE TIROIDES | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| GLAUCOMA | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ | DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| ATAQUE/CIRUGÍA CARDÍACA | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ | TEMPOROMAXILAR | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| SOPLO/PROBLEMAS CARDÍACOS | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ | TUBERCULOSIS | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| | | | ENFERMEDAD VENÉREA | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | _____ |

He respondido todas las preguntas en su totalidad y con precisión, según mi leal saber y entender. Informaré a mi odontólogo de cualquier cambio en mi salud y/o medicación. Certifico también que doy consentimiento para realizarme radiografías y un examen oral.

Firma del paciente _____ Fecha _____
(Padre/madre si el paciente es menor de edad)

ACTUALIZACIÓN MÉDICA: _____ Firma del médico _____

1. Firma del paciente _____ Firma del médico _____ Fecha _____

2. Firma del paciente _____ Firma del médico _____ Fecha _____

3. Firma del paciente _____ Firma del médico _____ Fecha _____

DATOS DEL PACIENTE

PACIENTE

Nombre _____
Apellido _____ Nombre _____

Dirección _____ Dpto. N.º _____

Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono () _____

Teléfono celular () _____

Correo electrónico _____

N.º de Seg. Social _____

N.º de lic. de conducir _____

Edad _____ Fecha de nac. _____

Lenguaje primario _____

N.º DE REGISTRO _____

SEGURO / PLAN DENTAL

Principal: Seguro PPO HMO (Marque una opción)

Nombre del plan _____

Dirección _____

Ciudad, cód. postal _____

N.º telefónico del plan/seguro _____

Empleador _____

Sindicato/Local _____ Grupo N.º _____ Plan N.º _____

Nombre del asegurado _____

N.º de Seg. Social _____ Fecha de nac. _____

SEGURO / PLAN DENTAL

Secundario: Seguro PPO HMO (Marque una opción)

Nombre del plan _____

Dirección _____

Ciudad, cód. postal _____

N.º telefónico del plan/seguro _____

Empleador _____

Sindicato/Local _____ Grupo N.º _____ Plan N.º _____

Nombre del asegurado _____

N.º de Seg. Social _____ Fecha de nac. _____

PARTE RESPONSABLE (Si es igual a lo anterior, no completar)

Nombre _____

Dirección _____ Apellido _____ Nombre _____ Dpto. N.º _____

Ciudad _____ Cód. postal _____

Teléfono () _____

N.º de Seg. Social _____ N.º de lic. _____

Parentesco con el paciente _____

Edad _____ Fecha de nac. _____

EMPLEO

Ocupación _____

Empleador _____

¿Durante cuánto tiempo? _____

Dirección comercial _____

Ciudad _____ Cód. postal _____

Tel. comercial () _____ Ext. N.º _____

Verificado por _____ Fecha _____

(Para uso exclusivo de la institución)

SEGURO / PLAN MÉDICO

Principal: Seguro PPO HMO (Marque una opción)

Nombre del plan _____

Dirección _____

Ciudad, cód. postal _____

N.º telefónico del plan/seguro _____

Empleador _____

Sindicato/Local _____ Grupo N.º _____ Plan N.º _____

Nombre del asegurado _____

N.º de Seg. Social _____ Fecha de nac. _____

PERSONA A QUIÉN CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA:

Apellido _____ Nombre _____

Parentesco con el paciente _____

Tel. () _____

Médico _____ Tel. () _____

1. Certifico que la información brindada es precisa y se confiará en ella para otorgar crédito y proporcionar servicios dentales. Entiendo que soy el responsable financiero de los costos que, por cualquier motivo, no estén cubiertos ni pagados por mi seguro.
2. Al firmar abajo, los autorizo a verificar la información sobre mí y sobre cualquier otro solicitante y a intercambiar dicha información, incluso a solicitar informes a agencias de informes crediticios.
3. Autorizo el pago directo al odontólogo de todos los beneficios del seguro grupal que, de otro modo, se me pagarían a mí. Entiendo que soy el responsable financiero de cualquier costo no cubierto por esta autorización. Autorizo la revelación de todo tipo de información relacionada con cualquier tipo de reclamos dentales.
4. Entiendo que este consultorio dental es propiedad de un odontólogo independiente y es administrado por dicha persona. Admito que cada dentista es el responsable individual de la atención dental que me otorga y que ningún otro dentista o entidad corporativa es responsable de mi tratamiento dental.
5. Al firmar a continuación, autorizo que usted/sus agentes/terceros que estén ayudando en nuestro nombre puedan enviarme un correo electrónico y un mensaje de texto recordatorios de citas, material de marketing y actualizaciones de cuentas, incluidos estados de cuenta electrónicos.

Firma de la parte responsable o del paciente
(Padre/madre si el paciente es menor de edad)

Fecha