

INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD GENERAL N.º DE REGISTRO _____

FECHA: _____

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

HISTORIA CLÍNICA DENTAL

1. **Razón de la visita/Problema principal** Control Limpieza Dolor de muelas Otro _____
2. ¿Padece de alguna otra afección sobre la cual debemos saber? Sí NO Si es sí, especifique: _____
3. ¿Cuándo fue por última vez a un dentista? _____ 4. ¿Qué tratamiento le realizó? _____
5. ¿Terminó el tratamiento? _____ 6. ¿Cuándo se realizó una radiografía? _____
7. ¿Se hizo una limpieza? Sí NO 8. ¿Se ha realizado un tratamiento para las encías (periodontal)? Sí NO
9. ¿Ha tenido alguna vez una hemorragia prolongada después de una extracción? Sí NO Si es sí, especifique: _____
10. ¿Ha tenido algún problema con tratamientos dentales previos? Sí NO Si es sí, especifique: _____
11. ¿Le rechinan los dientes, aprieta mucho los maxilares o tiene síntomas cerca de los oídos como "clics", sensación de que se le destapa el oído, dolor o sensación de que no puede cerrar la mandíbula? Sí NO Si es sí, especifique: _____
12. ¿Le han diagnosticado alguna vez o lo han tratado por disfunción de la articulación temporomaxilar (TMD o TMJ)? Sí NO Si es sí, especifique: _____
13. ¿Le sangran fácilmente las encías? Sí NO 14. ¿Siente que tiene mal aliento? Sí NO
15. ¿Sus dientes son sensibles al calor o al frío? Sí NO 16. ¿Le gustaría tener dientes más blancos? Sí NO
17. ¿Le agrada su sonrisa? Sí NO Si es no, explique: _____

HISTORIA CLÍNICA

1. ¿Está recibiendo atención médica en este momento? Sí NO Si es sí, especifique: _____
Nombre del médico: _____ Tel. del médico: () _____
2. ¿Es alérgico a la penicilina, la codeína, los anestésicos locales, los tranquilizantes o algún otro medicamento? _____
3. ¿Está tomando algún medicamento en este momento (incluidos anticonceptivos)? Sí NO Si es sí, especifique: _____
4. (Mujeres) ¿Está embarazada? Sí NO Si es sí, especifique de cuántos meses: _____ ¿Está amamantando? Sí NO
5. ¿Padece algún otro problema de salud que deberíamos tener en cuenta? Especifique: _____
6. ¿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	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	HEPATITIS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
SIDA/VIH+	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	PRESIÓN ARTERIAL ALTA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
ANEMIA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	ICTERICIA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
ANGINAS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	REEMPLAZO DE ARTICULACIONES	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
ARTRITIS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	ENFERMEDAD RENAL	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
ASMA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	ALERGIA AL LÁTEX	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
TERAPIA CON BISFOSFONATOS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	PROBLEMAS HEPÁTICOS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
HEMORRAGIAS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	PRESIÓN ARTERIAL BAJA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
CÁNCER	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	ENFERMEDAD PULMONAR	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
QUIMIO/RADIOTERAPIA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	MARCAPASOS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
CIRUGÍA ESTÉTICA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
DIABETES	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	FIEBRE REUMÁTICA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
MAREOS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	PROBLEMAS EN SENOS NASALES	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
ADICCIÓN A DROGAS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	LA APNEA DEL SUEÑO	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
ENFISEMA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	TABAQUISMO	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
EPILEPSIA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	DERRAME CEREBRAL	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
DESMAYOS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	PROB. DE TIROIDES	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
GLAUCOMA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN	_____
ATAQUE/CIRUGÍA CARDÍACA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	TEMPOROMAXILAR	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
SOPLO/PROBLEMAS CARDÍACOS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	TUBERCULOSIS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
		ENFERMEDAD VENÉREA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____

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)

Firma del médico _____

ACTUALIZACIÓN MÉDICA:

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

N.º DE REGISTRO _____

PACIENTE

Nombre _____
Apellido _____ Nombre _____

Dirección _____ Dpto. N.º _____

Ciudad _____ Código postal _____

¿Cuánto tiempo ha vivido en esta dirección? _____

Teléfono () _____

Cel./Buscapersonas () _____

Correo electrónico _____

N.º de Seg. Social _____

N.º de lic. de conducir _____

Edad _____ Fecha de nac. _____

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

Nombre _____
Apellido _____ Nombre _____

Dirección _____ Dpto. N.º _____

Ciudad _____ Cód. postal _____

¿Cuánto tiempo ha vivido en esta dirección? _____

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)

REFERENCIAS

Nombre _____
Apellido _____ Nombre _____

Tel. () _____

Nombre _____

Tel. () _____

Nombre del cónyuge _____
Apellido _____ Nombre _____

Tel. laboral del cónyuge () _____

PERSONA A QUIÉN CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA:

Apellido _____ Nombre _____

Tel. () _____

Médico _____ Tel. () _____

MÁS SOBRE USTED

¿Algún miembro de su familia necesita atención dental?
Si es así, indique el nombre y el parentesco (hijo, hija, esposo)

1: _____ 2: _____
3: _____ 4: _____

¿Cómo se enteró de esta institución? (Marque una opción)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Familiar-amigo (400) | <input type="checkbox"/> Plan de seguro (460) |
| <input type="checkbox"/> ConfiDent® (440) | <input type="checkbox"/> Televisión (020) |
| <input type="checkbox"/> Periódico (470) | <input type="checkbox"/> Radio (030) |
| <input type="checkbox"/> Cartelera (050) | <input type="checkbox"/> Páginas amarillas (120) |
| <input type="checkbox"/> Folleto/cupón (490) | <input type="checkbox"/> Correo postal directo/tarjeta (480) |
| <input type="checkbox"/> Letrero de la institución (420) | <input type="checkbox"/> Internet/sitio web (190) |
| <input type="checkbox"/> Calcomanía de la institución (430) | |

Deseo obtener información en español: Sí NO

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. _____

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.

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

Fecha

(COMPLETAR DE AMBOS LADOS)