

INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD GENERAL

FECHA: _____

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

HISTORIA CLÍNICA DENTAL

- Razón de la visita/Problema principal** Control Limpieza Dolor de muelas Otro _____
- ¿Padece de alguna otra afección sobre la cual debemos saber? SÍ NO Si es sí, especifique: _____
- ¿Cuándo fue por última vez a un dentista? _____
- ¿Qué tratamiento le realizó? _____
- ¿Terminó el tratamiento? _____
- ¿Cuándo se realizó una radiografía? _____
- ¿Se hizo una limpieza? SÍ NO
- ¿Se ha realizado un tratamiento para las encías (periodontal)? SÍ NO
- ¿Ha tenido alguna vez una hemorragia prolongada después de una extracción? SÍ NO Si es sí, especifique: _____
- ¿Ha tenido algún problema con tratamientos dentales previos? SÍ NO Si es sí, especifique: _____
- ¿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: _____
- ¿Le han diagnosticado alguna vez o lo han tratado por disfunción de la articulación temporomaxilar (TMD o TMJ)? SÍ NO Si es sí, especifique: _____
- ¿Le sangran fácilmente las encías? SÍ NO
- ¿Siente que tiene mal aliento? SÍ NO
- ¿Sus dientes son sensibles al calor o al frío? SÍ NO
- ¿Le gustaría tener dientes más blancos? SÍ NO
- ¿Le agrada su sonrisa? SÍ NO Si es no, explique: _____

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

DATOS DEL PACIENTE

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: _____

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Familiar-amigo | <input type="checkbox"/> Plan de seguro |
| <input type="checkbox"/> Periódico | <input type="checkbox"/> Correo postal directo/tarjeta |
| <input type="checkbox"/> Folleto/cupón | <input type="checkbox"/> Internet/sitio web |
| <input type="checkbox"/> Letrero de la institución | |
| <input type="checkbox"/> Calcomanía de la institución | |

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