REGISTRO DE 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 _____

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 _____

SS# _____

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 _____ SS# _____

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

Hogar (_____) _____ Trabajo (_____) _____ Ext. _____ Celular (_____) _____

Trabajo del Cónyuge (_____) _____ Mejor momento y lugar para contactarlo _____

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

Nombre _____ Relación _____

Teléfono del hogar (_____) _____ Teléfono del trabajo (_____) _____

4 HISTORIAL ODOTOLÓGICO

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	☐ Sí	☐ No
Masticación en un lado de la boca	☐ Sí	☐ No
Fumar cigarrillo, pipa o cigarro	☐ Sí	☐ No
Chasquido o crujido mandibular	☐ Sí	☐ No
Sequedad de boca	☐ Sí	☐ No
Comerse las uñas	☐ Sí	☐ No
Acumulación de comida entre los dientes	☐ Sí	☐ No
Objetos extraños	☐ Sí	☐ No
Rechinar de dientes	☐ Sí	☐ No
Encías hinchadas o sensibles	☐ Sí	☐ No
Dolor o cansancio mandibular	☐ Sí	☐ No
Morderse los labios o las mejillas	☐ Sí	☐ No
Dientes flojos o empastes rotos	☐ Sí	☐ No
Sequedad de boca	☐ Sí	☐ No
Dolor en la boca	☐ Sí	☐ No
Tratamiento de ortodoncia	☐ Sí	☐ No
Dolor alrededor del oído	☐ Sí	☐ No
Tratamiento periodontológico	☐ Sí	☐ No
Sensibilidad al frío	☐ Sí	☐ No
Sensibilidad al calor	☐ Sí	☐ No
Sensibilidad a lo dulce	☐ Sí	☐ No
Sensibilidad al morder	☐ Sí	☐ No
Llagas o protuberancias en la boca	☐ Sí	☐ No

¿Con qué frecuencia utiliza hilo dental? _____

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____

– F I N –

#20743 – © 2007 Medical Arts Press® 1-800-328-2179

5 HISTORIAL DE SAL

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

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

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