



¡Atención! de modo de poder proveer a usted el mejor cuidado posible, termine por favor ambos lados de esta de su historia medica/dental. Toda la information es totalmente confidencial.

OFICINA: \_\_\_\_\_

### REGISTRO PACIENTE

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_ Nombre Preferido: \_\_\_\_\_

Primer Inicial Apellido

Seguro Social #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sexo: M F

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número De Teléfono (Celular): \_\_\_\_\_ Número De Teléfono (Secundario): \_\_\_\_\_

Número De Teléfono (Trabajo) \_\_\_\_\_ Nombre De Emergencia: \_\_\_\_\_

Número De Teléfono De Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

¿ A Quién podemos agradecerle por referirlo? \_\_\_\_\_

Por favor denos el nombre de un amigo(a) que necesita un dentista: \_\_\_\_\_

Nombre

Numero de Teléfono

### INFORMACIÓN DE LA CUENTA-GUARDIANES

¿Quién es financieramente responsable de esta cuenta o si paciente es menor de edad el nombre de los padres/guardianes?

Seguro Social #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Numero De Licencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número De Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ Número De Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_

Número De Teléfono (Celular): \_\_\_\_\_ Relación de paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de Empleo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección Del Empleo: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### HISTORIA DENTAL

1. ¿Tienen problemas dentales en este momento? \_\_\_\_\_ Si es así explique por favor: \_\_\_\_\_

2. ¿Cuándo fue su ultima visita al dentista? \_\_\_\_\_

3. ¿Cuándo fue la última limpieza de dientes? \_\_\_\_\_

4. ¿Quién fue su último dentista? \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

5. ¿Usted está satisfecho con su último dentista? Si No

6. ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes? \_\_\_\_\_ Usa hilo dental? \_\_\_\_\_

7. Tiene miedo visitar el dentista? Si No

8. ¿Sus ansillas sangran o se irritan fácilmente? Si No

9. ¿Tiene sensibilidad en los dientes al lo caliente, al frío o al dulce? Si No

10. ¿Sus quijadas se sienten cansadas? Si No

11. ¿Usted tiene dolor de la cabeza, el cuello, los hombros o la espalda? Si No

12. ¿Usted le truena la quijada al abrir o cerrar la boca? Si No

13. ¿Usted tiene tendencia de moler o de apretar sus dientes? Si No

14. ¿Si es así usted usa un Protector de Dientes/Guardia de noche? Si No

15. ¿Le gustaría mantener sus dientes sanos y blancos? Si No

## HISTORIA MÉDICO

Nombre Del Médico: \_\_\_\_\_ Número De Teléfono De Médico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

¿Un médico le está tratando? Si No Identifique: \_\_\_\_\_  
¿Usted está tomando medicación? Si No Identifique: \_\_\_\_\_  
¿Alérgico a medicación? Si No Identifique: \_\_\_\_\_  
¿Alérgico a los metales? Si No Identifique: \_\_\_\_\_  
¿Enfermedades serias recientes? Si No Identifique: \_\_\_\_\_  
¿Usted ha tenido cirugías importantes? Si No Identifique: \_\_\_\_\_

CIRCULE por favor cualquiera del lo siguiente que usted ha tenido o tenga actualmente:

<b>Apuro Del Corazón</b>	<b>Abolió</b>	<b>Alta Presión</b>
<b>Diabetes</b>	<b>Fiebre Reumática</b>	<b>Desórdenes Del Ojo</b>
<b>Desorden De Riñones</b>	<b>Tumores o Crecimientos</b>	<b>Sangría Prolongada</b>
<b>Tuberculosis</b>	<b>Asma</b>	<b>Epilepsia</b>
<b>Enfermedad De Veneral</b>	<b>SIDA (VIH +)</b>	<b>Convulsiones</b>
<b>Glaucoma</b>	<b>Murmuro del corazón</b>	<b>Artritis</b>
<b>Actualmente Embarazada</b>	<b>Úlceras</b>	<b>Condición De la Tiroides</b>
<b>Marcapasos Del Corazón</b>	<b>Radioterapia</b>	<b>Fumar/Tabaco</b>
<b>Problemas Respiratorios</b>	<b>Partes Artificiales</b>	<b>Alérgico a Anestésico</b>
<b>Sensibilidad Del Látex</b>	<b>Desmayos Frecuentes</b>	<b>Válvula Artificial Del</b>
<b>Corazón Pildoras Anti-Conceptivas</b>	<b>Ampollas De Fiebre</b>	
<b>Problemas Del Estómago/ Intestinal</b>	<b>Cuidado Psiquiátrico/ Psicológico</b>	

¿Hay otros problemas médicos que debemos estar enterados de ellos? No ¿Si, Explique?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

1. Entiendo que esta información es necesaria para proveer de mí cuidado dental de una manera segura y eficiente. Yo conteste todas las preguntas al mejor de mi conocimiento. Si mas información es necesaria, usted tienen mi permiso de pedir a un doctor o la agencia respectiva del cuidado médico, quien pueden dar tal información a usted. Notificaré al doctor de cualquier cambio en mi salud o medicación.
2. Por este medio doy mi consentimiento para un examen y autorizo al Doctor a tomar radiografías y llevar a cabo todo el tratamiento recomendado después del consentimiento mutuo del doctor y mío y usar la ayuda tal como requerida para proporcionar cuidado apropiado.
3. Autorizo el uso del anestésico, de sedativos, y de otras medicaciones como necesario. Entiendo completamente que usar agentes anestésicos incorpora ciertos riesgos. Entiendo que puedo pedir explicaciones completas de cualquier complicación posible.
4. Yo seré responsable del pago de todos los servicios hechos a mi o mis dependientes. Entiendo que el pago es debido a la hora de servicio a menos que otros arreglos se hayan tomado antes que los servicios se han rendidos.

Firma Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padre/ Persona Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_