

REGISTRO DE PACIENTE

Nombre Apellido _____

Nombre o apodo preferido: _____ Sexo: ___ M ___ F Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Dirección postal (si es diferente de la dirección física):

Dirección: _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono residencial: _____ Teléfono celular _____ Correo electrónico _____

Dentista general: _____ Farmacia preferida _____

Parte responsable (si es alguien que no sea el paciente)

Nombre Apellido _____

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Información de seguro primario

Nombre del asegurado: _____ Fecha de Nacimiento _____ SS# _____

Relación con el paciente: ___ Yo ___ Cónyuge ___ Padre o tutor

Dirección del empleado: _____

Compañía de seguros: _____

DIRECCIÓN: _____

Información de seguro secundario

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento _____ SS# _____

Relación con el paciente: ___ Yo ___ Cónyuge ___ Padre o tutor

Dirección del empleado: _____

Compañía de seguros: _____

DIRECCIÓN: _____

Nombre _____ Fecha _____

HISTORIA DENTAL (Por favor marque todos los que apliquen)

El diente o área que me preocupa es _____

- o tengo dolor ahora
- o Tuve dolor que se resolvió
- o Nunca tuve ningún dolor
- o He tenido un tratamiento reciente en este diente. ¿Cuándo? _____
- o He tenido un accidente con este diente
- o He tenido muchos rellenos en este diente
- o He tenido un tratamiento de nervio en este diente. ¿Cuándo? _____
- o El diente tiene corona desde _____
- o Mi dentista planea reemplazar la corona o el puente actual

Si tienes dolor hoy:

¿Cuándo notó el dolor por primera vez? _____

- o El dolor es constante
- o El dolor viene y va solo
- o El dolor está empeorando
- o El dolor está disminuyendo
- o El dolor viene solo
- o El dolor aumenta al comer y masticar
- o El dolor se ha localizado en un diente
- o El dolor me impide dormir por la noche
- o El dolor aumenta con el frío
- o El dolor aumenta con el calor
- o Las bebidas frías y el hielo alivian el dolor
- o El diente se siente alargado y duele al tocarlo
- o La encía y la mandíbula duelen
- o El dolor se extiende a mi oído
- o El dolor se extiende a mi ojo
- o Todo el lado de mi cara si me duele
- o Al abrir la boca está restringida
- o tengo hinchazón
- o Tengo postemia en las encías
- o Tuve una hinchazón en el pasado que se resolvió
- o El diente se siente flojo
- o estoy tomando antibióticos
- o estoy tomando medicamento para el diente

Otro _____

HISTORIAL CLÍNICO CONFIDENCIAL

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

I. MARQUE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA CORRECTA (Deje en blanco si no comprende la pregunta)

1. Sí / No ¿Su estado general de salud es bueno?
Si respondió NO, explique: _____
2. Sí / No ¿Ha habido algún cambio en su salud durante el último año?
Si respondió, SI explique: _____
3. Sí / No ¿Ha acudido al hospital o a la sala de urgencias, o ha tenido alguna enfermedad grave en los tres últimos años?
Si respondió, SI explique: _____
4. Sí / No ¿Actualmente es atendido por un médico? Si respondió SI, explique: _____
Fecha del último examen médico _____ Motivo del examen: _____
5. Sí / No ¿Ha tenido problemas con tratamientos dentales anteriores?
Si respondió, SI explique: _____
Fecha de último examen dental: _____ Nombre del último dentista tratante: _____
6. Sí / No ¿Siente dolor ahora?
Si respondió, SI explique: _____

II. ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS? (Marque con un círculo Sí o No para cada una)

Sí / No	Dolor de pecho (angina)	Sí / No	Sangre en las heces	Sí / No	Vómitos frecuentes
Sí / No	Desmayos	Sí / No	Diarrea o constipación	Sí / No	Ictericia
Sí / No	Considerable pérdida de peso reciente	Sí / No	Micción frecuente	Sí / No	Boca seca
Sí / No	Fiebre	Sí / No	Dificultad al orinar	Sí / No	Sed excesiva
Sí / No	Sudores nocturnos	Sí / No	Zumbido en los oídos	Sí / No	Dificultad al tragar
Sí / No	Tos persistente	Sí / No	Dolores de cabeza	Sí / No	Tobillos inflamados
Sí / No	Expectoración de sangre	Sí / No	Mareos	Sí / No	Dolor o rigidez en articulaciones
Sí / No	Trastornos hemorrágicos	Sí / No	Visión borrosa	Sí / No	Falta de aire
Sí / No	Sangre en la orina	Sí / No	Aparición de moretones con facilidad	Sí / No	Problemas de sinusitis

Otro: _____

III. ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO O TIENE ALGUNA DE LAS/OS SIGUIENTES? (Marque con un círculo Sí o No para cada una)

Sí / No	Enfermedad cardíaca	Sí / No	SIDA/HIV	Sí / No	Atención psiquiátrica
Sí / No	Historial familiar de enfermedad cardíaca	Sí / No	Cirugías	Sí / No	Osteoporosis
Sí / No	Infarto	Sí / No	Internación	Sí / No	Enfermedad tiroidea
Sí / No	Articulación artificial	Sí / No	Diabetes	Sí / No	Asma
Sí / No	Problemas de estómago o úlceras	Sí / No	Historial familiar de diabetes	Sí / No	Hepatitis
Sí / No	Defectos cardíacos	Sí / No	Tumores o cáncer	Sí / No	Enfermedad de transmisión sexual
Sí / No	Soplo cardíaco	Sí / No	Quimioterapia	Sí / No	Herpes
Sí / No	Fiebre reumática	Sí / No	Radioterapia	Sí / No	Chancro o afta
Sí / No	Enfermedad de la piel	Sí / No	Artritis, reumatismo	Sí / No	Anemia
Sí / No	Endurecimiento de las arterias	Sí / No	Enfisema u otra enfermedad pulmonar	Sí / No	Enfermedad del hígado

Sí / No	Hipertensión	Sí / No	Enfermedad renal o de la vejiga	Sí / No	Enfermedad ocular
Sí / No	Convulsiones	Sí / No	Accidente cerebro-vascular	Sí / No	Trasplantes
Sí / No	Cirugía estética	Sí / No	Trastornos alimenticios	Sí / No	Tuberculosis

Otro: _____

IV. ¿ES USTED ALÉRGICO O HA SUFRIDO UNA REACCIÓN A ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ELEMENTOS (Marque con un círculo Sí o No para cada uno)

Sí / No	Aspirina	Sí / No	Valium u otros sedantes	Sí / No	Codeína u otros opioides
Sí / No	Penicilina u otros antibióticos	Sí / No	Látex	Sí / No	Alimentos
Sí / No	Óxido nítrico	Sí / No	Anestésico local	Sí / No	Metal

Otro: _____

V. ¿ESTÁ CONSUMIENDO O HA CONSUMIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES MESES?

(Marque con un círculo Sí o No para cada una)

Sí / No	Drogas recreativas	Sí / No	Tabaco en cualquier forma	Sí / No	Antibióticos
Sí / No	Medicamentos sin receta	Sí / No	Alcohol	Sí / No	Suplementos
Sí / No	Medicamentos para perder peso	Sí / No	Bifosfonato (Fosamax)	Sí / No	Aspirina
Sí / No	Antidepresivos	Sí / No	Suplementos herbales		
Sí / No	Opioides (por ejemplo, Norco, Vicodin, Percocet, Percodan)	En caso afirmativo, explique la razón: _____			

Por favor, enumere todos sus medicamentos bajo receta: _____

VI. MUJERES SOLAMENTE (Marque con un círculo Sí o No para cada una)

Sí / No ¿Está o podría estar embarazada? Si respondió SI, ¿de cuántos meses? _____

Sí / No ¿Está amamantando? _____

Sí / No ¿Está tomando pastillas anticonceptivas? _____

VII. TODOS LOS PACIENTES (Marque con un círculo Sí o No para cada una)

Sí / No ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico NO especificado en este formulario?
Si respondió SI, explique: _____

Sí / No ¿Alguna vez ha sido pre-medicado para recibir tratamiento dental? Si respondió SI, ¿cuándo?: _____

Sí / No ¿Alguna vez ha tomado fen-phen? Si respondió SI, ¿cuándo?: _____

Sí / No ¿Ha dado positivo por COVID-19?
En caso afirmativo, fecha del resultado positivo de la prueba: _____

Sí / No ¿Está experimentando algún síntoma o efecto continuo o duradero como resultado?
En caso afirmativo, ¿cuáles son estos síntomas o efectos? _____

Sí / No ¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico o está tomando algún medicamento para alguna de las afecciones enumeradas anteriormente?
En caso afirmativo, indique _____

Si el paciente responde "sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, considere buscar información adicional del paciente con respecto a sus síntomas y medicamentos, antes del tratamiento.

Sí / No ¿**Tiene algún otro problema o afección que quisiera discutir con el dentista en privado?**

La práctica de la odontología implica tratar a la persona completa. Si el dentista determina que puede existir una situación médicamente comprometida, es posible que necesite hacer una consulta médica antes de comenzar con el tratamiento dental.

Autorizo al dentista a ponerse en contacto con mi médico.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Nombre del médico: _____

Número de teléfono: _____

¿A quién desea que contactemos en caso de emergencia?

Nombre: _____ **Vínculo:** _____ **Número de teléfono:** _____

Certifico que he leído y comprendo este formulario. A mi juicio, he respondido a cada pregunta de forma completa y precisa. Informaré a mi dentista sobre cualquier cambio en mi estado de salud y/o medicación. Además, no haré responsables a mi dentista ni a ningún otro miembro de su personal por cualquier error u omisión que yo haya podido cometer al rellenar este formulario.

Firma del paciente (Padre o Tutor)

Fecha

Firma del dentista

Fecha

ACTUALIZACIONES MÉDICAS

He revisado mi historial clínico y confirmo que refleja con precisión mis afecciones pasadas y presentes.

FECHA	FIRMA DEL PACIENTE	CAMBIOS EN HISTORIAL CLÍNICO	INICIALES DENTISTA
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____