



Nombre del paciente: _____

N.º de cuenta: _____

Código del paciente: _____

Fecha: _____

Información del paciente, la farmacia y el seguro

Información del paciente

Fórmula de tratamiento: Abg. Dr. Sr. Sra. Sa. Srta. Rev.

Nombre: _____

Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fórmula de tratamiento: DDS DMS II III IV Jr. MD Sr.

Calle: _____

Código postal: ____ Ciudad: _____ Estado: ____ País: _____

N.º de teléfono: _____

¿Es un número de teléfono móvil? Sí No

Dirección de correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: Masculino Femenino No especificado

Contacto en caso de emergencias: _____

N.º de teléfono en caso de emergencias: _____

Idioma principal: Inglés Español Otro:

Parte responsable

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Calle: _____ Código postal: ____ Ciudad: _____ Estado: ____ País: _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: Femenino Masculino No especificado

Firma de la parte responsable: _____

Fecha: _____

Farmacia de su preferencia

Nombre de la farmacia: _____ Número de teléfono: _____

Calle: _____

Código postal: ____ Ciudad: _____ Estado: _____



Nombre del paciente: _____

N.º de cuenta: _____

Código del paciente: _____

Fecha: _____

Información del paciente, la farmacia y el seguro

Seguro dental primario

¿Es el suscriptor el paciente? Sí No

Información del suscriptor:

Nombre: _____

Segundo nombre: _____

Apellido: _____

Nombre del empleador: _____

Compañía aseguradora: _____

Número de tel. de la compañía aseguradora: _____

Identificación/número de póliza del suscriptor: _____

Número de grupo/contrato: _____

Fecha de nacimiento: _____

Relación del paciente con el suscriptor: Hijo Dependiente con discapacidad Esposo Él/ella mismo/a Esposa Otro dependiente

Seguro dental secundario

¿Es el suscriptor el paciente? Sí No

Información del suscriptor:

Nombre: _____

Segundo nombre: _____

Apellido: _____

Nombre del empleador: _____

Compañía aseguradora: _____

Número de tel. de la compañía aseguradora: _____

Identificación/número de póliza del suscriptor: _____

Número de grupo/contrato: _____

Fecha de nacimiento: _____

Relación del paciente con el suscriptor: Hijo Dependiente con discapacidad Esposo Él/ella mismo/a Esposa Otro dependiente

Divulgación de información a compañías aseguradoras y asignación de beneficios (debe estar firmada por todos los pacientes con seguro y quienes esperen obtener seguro).

En la medida en que lo permite la ley, presto mi consentimiento para que los consultorios a los que asisto (o las personas a las que estos designen) usen y divulguen mi información médica protegida para realizar actividades de pago vinculadas con mi reclamación de seguro. Esta información se usará exclusivamente a los fines de evaluar y administrar las reclamaciones de beneficios. Además autorizo e indico que se pague al consultorio los beneficios odontológicos que de otro modo me corresponderían.

(Si el paciente es menor de edad o discapacitado, el padre/la madre, el tutor o el apoderado legal deben firmar y completar la sección Parte responsable.)

Firma de la parte responsable: _____

Fecha: _____



Formulario de admision del paciente

Nombre del paciente:

N.º de cuenta:

Código del paciente:

Fecha: _____

Antecedentes de salud

Antecedentes dentales

Motivo de la visita: Diente roto Control Estético Dentaduras postizas Dolor de diente Otro

Otro: _____

Fecha de la última visita dental: No recuerdo la fecha exacta En los últimos 6 meses De 6 meses a 1 año De 1 a 3 años Más de 4 años Nunca

Otro: _____

Fecha de la última radiografía dental: No recuerdo la fecha exacta En los últimos 6 meses De 6 meses a 1 año De 1 a 3 años Más de 4 años Nunca

Otro: _____

Fecha de la última limpieza: No recuerdo la fecha exacta En los últimos 6 meses De 6 meses a 1 año De 1 a 3 años Más de 4 años Nunca

Otro: _____

Altura: ____ ft ____ en peso: ____

Salud oral

¿Alguna vez recibió tratamiento por una enfermedad periodontal (de las encías)? Sí No

¿Alguna vez le aplicaron novocaína u otro anestésico local? Sí No

¿Está interesado en el blanqueamiento dental? Sí No

En una escala de 1 a 10, ¿qué tan satisfecho está con su sonrisa? _____

¿Está interesado en tener una dentadura postiza? Sí No

¿Actualmente usa dentadura postiza? Sí No

Antigüedad de la dentadura postiza: Menos de 6 meses De 6 meses a 1 año De 1 a 3 años De 4 a 7 años Más de 7 años

Marque a continuación cualquier afección que corresponda en su caso:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor mandibular (TMJ) | <input type="checkbox"/> Bruxismo/apretar y rechinar los dientes | <input type="checkbox"/> Uso de productos con tabaco | <input type="checkbox"/> Llagas en la boca |
| <input type="checkbox"/> Dientes sensibles | <input type="checkbox"/> Dientes rotos/flojos | <input type="checkbox"/> Dificultad para masticar/tragar | <input type="checkbox"/> Encías inflamadas/sangrantes |



Formulario de admisión del paciente

Nombre del paciente:

N.º de cuenta:

Código del paciente:

Fecha: _____

Historial de salud

Historial de salud

¿Actualmente visita a un médico de cabecera? Sí No

Nombre del médico de cabecera: _____ Número de teléfono del médico: _____

Fecha del último examen físico:

No recuerdo la fecha exacta En los últimos 6 meses De 6 meses a 1 año De 1 a 3 años Más de 4 años Nunca Otro

Otro: _____

¿Alguna vez estuvo hospitalizado? Sí No

¿Recibe o recibió en los últimos 2 años terapia con esteroides/cortisona? Sí No

¿Alguna vez presentó una reacción adversa o se descompuso luego de tomar penicilina, aspirina o codeína, recibir anestesia local, entrar en contacto con látex o metales, o bien recibir otro medicamento? Sí No

¿Toma o tomó bifosfonatos orales (p. ej., FOSAMAX, BONIVA) o bifosfonatos por vía intravenosa (p. ej., ZOMETA, AREDIA)?

Sí No ¿Durante cuánto tiempo? _____

¿Debe tomar antibióticos antes de procedimientos dentales? Sí No

¿Es alérgico a alguno de los siguientes medicamentos?

El paciente no tiene alergias conocidas a medicamentos

Amoxicilina Codeína Epinefrina Novocaína Penicilina Sulfuro Tetraciclina Otro: _____

Enumere los medicamentos que tome, incluidos los fármacos de venta libre y los medicamentos a base de hierbas/las vitaminas:

El paciente no toma ningún fármaco de venta libre ni medicamentos a base de hierbas/vitaminas



Formulario de admisión del paciente

Nombre del paciente:

N.º de cuenta:

Código del paciente:

Fecha: _____

Historial de salud

Marque a continuación cualquier afección que corresponda en su caso:

El paciente no tiene antecedentes de las afecciones que se mencionan a continuación.

Alcoholismo

Diabetes

Lupus

Alergias o urticaria

Tipo: _____

Prolapso de la válvula mitral

Alergia al látex

Diálisis

Discapacidad motriz

Anemia

Adicción a las drogas

Trasplantes de órganos

Anticoagulantes

Epilepsia

Tipo: _____

Cualquier tipo de implante

Hemorragia excesiva

Marcapasos

Tipo: _____

Mareos/desmayos

Atención psiquiátrica

Artritis

Discapacidad auditiva

Radioterapia

Aspirina

Soplo cardíaco

Radiocirugía

Asma

Problemas cardíacos

Fiebre reumática

Articulación artificial/clavos

Tipo: _____

Convulsiones

Tipo: _____

Cirugía del corazón

Enfermedad de transmisión sexual

Edad: _____

Hepatitis

Problemas sinusales

Transfusión de sangre

Tipo: _____

Problemas estomacales

Problemas respiratorios

Presión arterial alta

Accidente cerebrovascular

Cáncer

VIH

Enfermedad de la tiroides

Tipo: _____

Enfermedad renal

Tuberculosis (TB)

Quimioterapia

Enfermedad hepática

Úlceras

Coumadin

Presión arterial baja

Discapacidad visual

Demencia

Enfermedad pulmonar

Otra enfermedad/afección

Tipo: _____

Pacientes mujeres únicamente

¿Está embarazada? Sí No Fecha aproximada del parto: _____

¿Se encuentra amamantando? Sí No

¿Está tomando medicamentos anticonceptivos recetados? Sí No

****NOTA:** Los antibióticos (como la penicilina) pueden alterar la efectividad de las pastillas anticonceptivas. Consulte a su médico/ginecólogo para obtener asistencia respecto de métodos anticonceptivos adicionales.



Formulario de admision del paciente

Nombre del paciente: _____

N.º de cuenta: _____

Código del paciente: _____

Fecha: _____

Historial de salud

Certifico que he leído y que comprendo las preguntas anteriores y dejo constancia de que las respondí a mi leal saber y entender. Por el presente, otorgo mi consentimiento para que el dentista lleve a cabo un examen y diagnostique mi afección. También presto mi consentimiento para cualquier procedimiento preventivo y de restauración básico que pudiera resultar necesario. Comprendo que este consentimiento permanecerá vigente hasta que yo o el dentista demos por terminado el tratamiento.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del médico/Revisión de los antecedentes médicos: _____

Fecha: _____

ACTUALIZACIÓN A LOS 6 MESES

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del médico/Revisión de los antecedentes médicos: _____

Fecha: _____



Autorización para la divulgación de los registros médicos a partes externas (opcional).

Autorizo la divulgación de información procedente de los registros de mi tratamiento a:

Nombre del destinatario: _____

Relación con el paciente: _____

Brindo mi autorización para divulgar la siguiente información:

- Toda la información del tratamiento
- Información específicamente relacionada con estas fechas de tratamiento

Fecha de inicio: _____

Fecha de finalización: _____



Consentimiento para obtener el historial de los medicamentos del paciente (opcional).

En la medida en que lo permite la ley vigente, autorizo a este consultorio odontológico (o a sus designados) a obtener de mi farmacia y compañía aseguradora (según corresponda) información sobre mi historial de recetas y otorgo a mi farmacia y compañía aseguradora permiso para divulgar dicha información. Esto incluye información relacionada con medicamentos para tratar el SIDA/VIH y medicamentos utilizados para tratar problemas mentales.

Firma: _____

Fecha: _____