

# Bienvenido

¡Gracias por seleccionar nuestro equipo de atención dental!  
Nos esforzaremos por prestarle la mejor atención dental posible.  
Para ayudarnos a satisfacer todas sus necesidades de atención dental,  
llene completamente este formulario con lápiz de tinta. Si tiene alguna  
pregunta o necesita ayuda, consúltenos, con gusto lo ayudaremos.

## Información del Paciente (CONFIDENCIAL)

No. de paciente \_\_\_\_\_  
No. de seguro social \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_  
Teléfono particular \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/P.C. \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_  
Marque el cuadro correspondiente:  Menor  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  Separado(a)  
Si es estudiante, nombre de la universidad \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_  Tiempo completo  Tiempo parcial  
Paciente o empleador del paciente o tutor \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
Dirección comercial \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/P.C. \_\_\_\_\_  
Cónyuge o nombre del padre o tutor \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
¿A quién le podemos agradecer por derivarlo? \_\_\_\_\_  
Persona de contacto en caso de urgencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## Parte Responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono particular \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_  
No. de licencia de conducir \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Institución financiera \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_  
¿Está persona es actualmente paciente de nuestra consulta?  Sí  No  
Para su comodidad, le ofrecemos los siguientes métodos de pago. Marque la opción que prefiera. Pago total en cada cita:  
 Efectivo  Cheque personal  Tarjeta de crédito  VISA  MasterCard  Deseo analizar las políticas de pago de la consulta.

## Información del Seguro

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de empleo \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador \_\_\_\_\_ No. de sindicato o gremio local \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
Dirección del empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/P.C. \_\_\_\_\_  
Compañía de seguros \_\_\_\_\_ No. de grupo \_\_\_\_\_ Política/No. de identificación \_\_\_\_\_  
Dirección de la compañía de seguros \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/P.C. \_\_\_\_\_  
¿De cuánto es su deducible? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto ha usado? \_\_\_\_\_ Beneficio máximo anual \_\_\_\_\_

¿TIENE ALGÚN SEGURO ADICIONAL?  Sí  No SI LA RESPUESTA ES SÍ, LLENE LO SIGUIENTE:

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de empleo \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador \_\_\_\_\_ No. de sindicato o gremio local \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
Dirección del empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/P.C. \_\_\_\_\_  
Compañía de seguros \_\_\_\_\_ No. de grupo \_\_\_\_\_ Política/No. de identificación \_\_\_\_\_  
Dirección de la compañía de seguros \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/P.C. \_\_\_\_\_  
¿De cuánto es su deducible? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto ha usado? \_\_\_\_\_ Beneficio máximo anual \_\_\_\_\_

Sigue en la hoja siguiente

## ANTECEDENTES DENTALES DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

RAZÓN DE ESTA VISITA \_\_\_\_\_

¿CUÁNDO FUE SU ÚLTIMA VISITA DENTAL? \_\_\_\_\_ ¿QUÉ LE HICIERON ENTONCES? \_\_\_\_\_

¿CON QUÉ FRECUENCIA VISITÓ AL DENTISTA ANTES DE ESO? \_\_\_\_\_

DENTISTA ANTERIOR (NOMBRE Y UBICACIÓN) \_\_\_\_\_

¿LE HAN HECHO UNA SERIE COMPLETA DE RADIOGRAFÍAS DENTALES (RAYOS X)? INDIQUE CUÁNDO Y DÓNDE \_\_\_\_\_

¿CON QUÉ FRECUENCIA SE CEPILLA LOS DIENTES? \_\_\_\_\_

¿CON QUÉ FRECUENCIA USA SEDA DENTAL EN LOS DIENTES? \_\_\_\_\_

¿EL AGUA POTABLE QUE USA ES FLUORADA? \_\_\_\_\_

	SÍ	NO		SÍ	NO
¿SANGRAN SUS ENCÍAS MIENTRAS SE CEPILLA O USA LA SEDA DENTAL? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿SE MUERDE LOS LABIOS O MEJILLAS CON FRECUENCIA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿SUS DIENTES SON SENSIBLES A LOS LÍQUIDOS O ALIMENTOS FRÍOS O CALIENTES? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿HA NOTADO ALGÚN DIENTE SUELTO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿SUS DIENTES SON SENSIBLES A LOS LÍQUIDOS O ALIMENTOS DULCES O AMARGOS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿QUEDA ATRAPADA LA COMIDA ENTRE SUS DIENTES? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿SIENTE DOLOR EN ALGUNO DE SUS DIENTES? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿HA ESTADO EN TRATAMIENTO PERIODONTAL (ENCÍAS)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿TIENE ALGUNA LLAGA O BULTO EN LA BOCA O ALREDEDOR DE ELLA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ALGUNA VEZ US UNA PLACA DE MORDIDA U OTRO APARATO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿HA TENIDO LESIONES EN LA CABEZA, CUELLO O MANDÍBULA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿HA TENIDO EXTRACCIONES DIFÍCILES EN EL PASADO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿HA EXPERIMENTADO CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS EN LA MANDÍBULA?			¿HA TENIDO ALGUNA VEZ UNA HEMORRAGIA PROLONGADA DESPUÉS DE UNA EXTRACCIÓN? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CHASQUIDOS .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿USA PRÓTESIS TOTALES O PARCIALES? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOLOR (ARTICULACIÓN, OÍDO, COSTADO DE LA CARA) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI LA RESPUESTA ES SÍ, FECHA DE POSTURA _____		
DIFICULTAD PARA ABRIRLA O CERRARLA .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿HA RECIBIDO ALGUNA VEZ INSTRUCCIONES DE HIGIENE BUCAL CONCERNIENTE AL CUIDADO DE SUS DIENTES Y ENCÍAS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIFICULTAD PARA MASTICAR .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿TIENE DOLOR DE CABEZA FRECUENTES? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿APRIETA O RECHINA LOS DIENTES? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

SI PUDIERA CAMBIAR ALGO DE SU SONRISA, ¿QUÉ SERÍA? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN Y ENTREGA DE INFORMACIÓN

CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y QUE COMPRENDO LA INFORMACIÓN ANTERIOR, A MI ENTENDER, LAS PREGUNTAS ANTERIORES SE HAN CONTESTADO EN FORMA PRECISA. COMPRENDO QUE PROPORCIONAR INFORMACIÓN INCORRECTA PUEDE SER PELIGROSO PARA MI SALUD. YO AUTORIZO AL DENTISTA A ENTREGAR CUALQUIER INFORMACIÓN INCLUIDO EL DIAGNÓSTICO Y REGISTROS DE TRATAMIENTO O EXÁMENES BRINDADOS A MÍ O A MI HIJO DURANTE EL PERÍODO DE ATENCIÓN DENTAL A TERCEROS PAGADORES Y/O A OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD. AUTORIZO Y

SOLICITO A MI COMPAÑÍA DE SEGUROS A PAGAR DIRECTAMENTE AL DENTISTA O GRUPO DE DENTISTAS LOS BENEFICIOS DEL SEGURO O DE LO CONTRARIO PAGADEROS A MI PERSONA. COMPRENDO QUE MI ASEGURADORA PUEDE PAGAR MENOS QUE LA CUENTA ACTUAL POR ESTOS SERVICIOS. ACEPTO HACERME RESPONSABLE DE LOS PAGOS DE TODOS LOS SERVICIOS PRESTADOS EN MI NOMBRE O MIS CARGAS.

\_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
SI ES MENOR DE EDAD, FIRMA DEL PADRE O TUTOR DEL PACIENTE

COMENTARIOS DEL MÉDICO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

NÚMERO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

# ANTECEDENTES MÉDICOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

AUNQUE EL PERSONAL DENTAL TRATA PRINCIPALMENTE EL ÁREA INTERNA Y ALREDEDOR DE LA BOCA, ÉSTA ES PARTE DEL CUERPO EN SU TOTALIDAD. LOS PROBLEMAS DE SALUD QUE PUEDE TENER, O LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA, PODRÍAN TENER UNA INTERRELACIÓN IMPORTANTE CON EL SERVICIO ODONTOLÓGICO QUE RECIBIRÁ. GRACIAS POR RESPONDER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

	SÍ	NO		SÍ	NO
1. ¿ESTÁ EN BUENAS CONDICIONES DE SALUD? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. ¿HA NECESITADO ALGUNA VEZ UNA TRANSFUSIÓN DE SANGRE? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿HA NOTADO ALGÚN CAMBIO EN SU ESTADO GENERAL DE SALUD DURANTE EL ÚLTIMO AÑO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. ¿HA BAJADO RECIENTEMENTE DE PESO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO: _____			12. ¿HA TOMADO ALGUNA VEZ FEN-PHEN/REDUX? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. NOMBRE DEL MÉDICO _____			13. ¿FUMA TABACO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN _____			14. ¿USA O HA USADO SUSTANCIAS CONTROLADAS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO. DEL TELÉFONO _____			15. ¿ESTÁ USANDO LENTES DE CONTACTO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿ESTÁ BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. ¿TIENE TOS O ACLARACIÓN PERSISTENTE DE LA GARGANTA NO ASOCIADA CON UNA ENFERMEDAD CONOCIDA (QUE HAY A DURADO MÁS DE TRES SEMANAS)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿HA ESTADO HOSPITALIZADO ALGUNA VEZ POR ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O ENFERMEDAD GRAVE? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD, AFECCIÓN O PROBLEMA QUE NO SE HAYA INDICADO ANTES QUE CREA QUE DEBA SABER? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXPLIQUE: _____					
7. ¿ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO(S) INCLUIDOS LOS MEDICAMENTOS SIN RECETA MÉDICA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>SOLO MUJERES:</b>		
SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUÉ MEDICAMENTOS ESTÁ TOMANDO? _____			¿ESTÁ EMBARAZADA O CREE QUE PUEDA ESTARLO? ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿HA TENIDO ALGUNA HEMORRAGIA ANORMAL? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ESTÁ AMAMANTANDO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿SE HACE MORETONES CON FACILIDAD? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ESTÁ TOMANDO PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SÍ	NO		SÍ	NO
¿ES ALÉRGICO O HA TENIDO REACCIONES A:			RONCHAS O SARPULLIDOS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANESTESIA LOCAL COMO LA NOVOCÁINA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EPISODIOS DE DESMAYOS O MAREOS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PENICILINA U OTRO ANTIBIÓTICO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIABETES? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEDICAMENTOS CON SULFA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA O INFECCIÓN DE VIH? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BARBITÚRICOS, SEDANTES O PÍLDORAS PARA DORMIR? ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS A LA TIROIDES? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASPIRINA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALERGIAS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
YODO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ARTRITIS O REUMATISMO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALGÚN METAL (POR EJEMPLO, NÍQUEL, MERCURIO, ETC.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IMPLANTE O REEMPLAZO DE ARTICULACIÓN? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LÁTEX/GOMA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ÚLCERA ESTOMACAL? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTROS (INDIQUE) _____			PROBLEMAS AL RIÑÓN? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿TIENE O HA TENIDO LO SIGUIENTE:			TUBERCULOSIS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CARDIOPATÍA REUMÁTICA O FIEBRE REUMÁTICA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOS PERSISTENTE? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FIEBRE ESCARLATINA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOS CON SANGRE? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEFECTO CARDIACO O SOPLO CARDIACO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QUIMIOTERAPIA (CÁNCER, LEUCEMIA)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMAS CARDIACOS, ATAQUE CARDIACO O ANGINA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOLOR EN EL PECHO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EPILEPSIA O CONVULSIONES? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMAS PARA RESPIRAR? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ANEMIA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MARCAPASOS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GLAUCOMA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIRUGÍA CARDIACA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NERVIOSISMO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRESIÓN ARTERIAL ALTA/BAJA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AMIGDALITIS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMA CONGÉNITO DEL CORAZÓN? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TUMORES? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HINCHAZÓN DE PIES, TOBILLOS, MANOS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ATENCIÓN DE SALUD MENTAL? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HEPATITIS, ICTERICIA O ENFERMEDAD HEPÁTICA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS LUMBARES? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DERRAME CEREBRAL? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DEPENDENCIA DE FÁRMACOS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMAS SINUSALES? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROLAPSO DE LA VÁLVULA MITRAL? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMAS PULMONARES O RESPIRATORIOS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO CON CORTISONA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASMA O FIEBRE DEL HENO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HERPES LABIAL/AMPOLLAS POR FIEBRE? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			HIPOGLUCEMIA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patterson 1-800-637-1140 7081408

NÚMERO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

# ANTECEDENTES MÉDICOS