

# REGISTRO DEL PACIENTE

*¡Bienvenido! Por favor complete la siguiente información confidencial*



## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE \_\_\_\_\_  
(Primero) (Segundo) (Apellido)

# DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ Sexo: M F

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ TELÉFONO (CELL) \_\_\_\_\_

TELÉFONO (CASA) \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_ EXT \_\_\_\_\_

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, NOMBRE DE PADRE O GUARDIÁN \_\_\_\_\_

# DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ # DE LICENCIA DE CONDUCIR \_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_ EXT \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_ RELACIÓN \_\_\_\_\_

### ¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS? (FAVOR DE MARCAR UNO)

- Páginas Amarillas  Amigo- Pariente  Flyer-Cupón  Radio  Internet  Feria De Salud  Plan de Seguro
- Anuncio de Cartelera  Letrero de oficina  Periódico  Empleado  Tarjeta Postal  Otro \_\_\_\_\_

### HISTORIA DENTAL

Razón por la visita de hoy / La preocupación principal? Chequeo Dental  Limpieza  Dolor de muela  Otro \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita al dentista \_\_\_\_\_ Razón \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido una experiencia en un consultorio dental que le gustaría contar? SI  NO  Si la respuesta es si, por favor explíquenos \_\_\_\_\_

¿Le sangran las encías o las siente sensible o irritadas? SI  NO  ¿Están sus dientes sensibles al calor, frío, dulces o presión? SI  NO

### HISTORIAL MÉDICO

¿Está bajo cuidado de un médico en este momento? SI  NO  En caso afirmativo, especifique \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Qué medicamentos está tomando ahora? \_\_\_\_\_

¿Está tomando alguna de las siguientes? Warfarina  Plavix  Bisfosfonato  Medicina Cortisona

Si es mujer, ¿está embarazada en este momento? SI  NO  En caso afirmativo, ¿cuántos meses? \_\_\_\_\_

### ¿TIENE O HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES? (Marque todas las que apliquen)

- |  |   |  |  |   |
|--|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Válvula de Corazón Artificial     | <input type="checkbox"/> Contusión fácilmente     | <input type="checkbox"/> Enfisema              | <input type="checkbox"/> Hemofilia                   | <input type="checkbox"/> Osteoporosis         |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón _____      | <input type="checkbox"/> Enfermedad ósea          | <input type="checkbox"/> Desmayos o mareos     | <input type="checkbox"/> Quimioterapia/ Radioterapia | <input type="checkbox"/> Artritis             |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de la articulación      | <input type="checkbox"/> Cáncer/ Leucemia         | <input type="checkbox"/> Glaucoma              | <input type="checkbox"/> Problemas Renales           | <input type="checkbox"/> SIDA / VIH +         |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes | <input type="checkbox"/> Dolor en las quijadas    | <input type="checkbox"/> Marcapasos cardíaco   | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado       | <input type="checkbox"/> Asma                 |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre           | <input type="checkbox"/> Consumo de Tabaco        | <input type="checkbox"/> Anemia                | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar         | <input type="checkbox"/> Problema de tiroides |
| <input type="checkbox"/> La angina de pecho                | <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Nerviosismo                 | <input type="checkbox"/> Tuberculosis         |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas             | <input type="checkbox"/> Epilepsia o Convulsiones | <input type="checkbox"/> Hepatitis Tipo _____  | <input type="checkbox"/> Trastornos Neurológicos     | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral     |

¿Hay algún problema de salud no mencionados anteriormente por el que se debe informar?

Por favor, especifique \_\_\_\_\_

### Marque cualquiera de los siguientes medicamentos que usted es alérgico:

- Anestésicos locales  Penicilina u otro antibiótico  Los Sulfamidas  Aspirina  Yodo
- Látex  La codeína u otros narcóticos  Los barbitúricos, sedantes  Otro \_\_\_\_\_

A lo mejor de mi conocimiento, he contestado todas las preguntas completa y precisa. Informaré a mi dentista si hay algún cambio en mi salud y / o medicamentos. Yo entiendo que esta práctica dental es propiedad y está operado por un dentista independiente. Reconozco que cada dentista es individualmente responsable de la atención odontológica recibida por mí, y ningún dentista o entidad corporativa es responsable de mi tratamiento dental.

Firma del Paciente / Padre / Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_