

REGISTRO E HISTORIAL ODONTOLÓGICO

1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha _____

SS/HIC/ID Paciente _____

Nombre del paciente _____
 Apellido _____
 Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Domicilio _____

Correo electrónico _____

Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____

Correo electrónico _____

Sexo M F Edad _____

Fecha de nacimiento _____

Casado Viudo Soltero Menor

Separado Divorciado En pareja durante _____ años

Empleador/Escuela del paciente _____

Ocupación _____

Domicilio del empleador/escuela _____

Teléfono del empleador/escuela (_____) _____

Nombre del cónyuge _____

Fecha de nacimiento _____

Empleador del cónyuge _____

¿A quién podemos agradecer su referencia? _____

2 SEGURO ODONTOLÓGICO

¿Quién es responsable de esta cuenta? _____

Relación con el paciente _____

Compañía de seguros _____

Grupo # _____

¿El paciente está cubierto por algún seguro adicional? Sí No

Nombre del suscriptor _____

Fecha de nacimiento _____

Relación con el paciente _____

Compañía de seguros _____

Grupo # _____

CESIÓN Y DIVULGACIÓN
 Certifico que yo y/o mi(s) persona(s) a cargo contamos con cobertura de seguro de _____ y cedemos directamente al
 Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros _____

Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, de otro modo pagaderos a mí por servicios prestados. Comprendo que soy responsable desde el punto de vista financiero por todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los documentos del seguro.

El dentista arriba mencionado puede utilizar mi información sobre atención de salud y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguros arriba mencionadas y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un año después de la fecha de suscripción a continuación.

 Firma del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

 Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

 Fecha

 Relación con el paciente

3 NÚMEROS DE TELÉFONO

Primario (_____) _____ Otro teléfono (_____) _____

Primario del Cónyuge (_____) _____ Mejor momento y lugar para contactarlo _____

EN CASO DE EMERGENCIA, COMUNICARSE CON (Especificar alguien que no viva en su hogar.)

Nombre _____ Relación _____

Primario (_____) _____ Otro teléfono (_____) _____

4 HISTORIAL ODONTOLÓGICO

Motivo de la visita de hoy _____	Ardor en la lengua <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sequedad de boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	Masticación en un lado de la boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor en la boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dentista Anterior _____	Fumar cigarrillo, pipa o cigarro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamiento de ortodoncia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ciudad/Estado _____	Chasquido o crujido mandibular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor alrededor del oído <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de la última consulta odontológica _____	Sequedad de boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamiento periodontológico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de últimos rayos X odontológicos _____	Comerse las uñas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sensibilidad al frío <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Marcar "sí" o "no" para indicar si experimentó:	Acumulación de comida entre los dientes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sensibilidad al calor <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Mal aliento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Objetos extraños <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sensibilidad a lo dulce <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sangrado de encías <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Rechinar de dientes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sensibilidad al morder <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ampollas en labios o boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Encías hinchadas o sensibles <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Llagas o protuberancias en la boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Dolor o cansancio mandibular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Con qué frecuencia utiliza hilo dental? _____
	Morderse los labios o las mejillas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____
	Dientes flojos o empastes rotos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	