

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 _____

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 _____

SS# _____

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 _____ SS# _____

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

Hogar (____) _____ Trabajo (____) _____ Ext. _____ Celular (____) _____

Trabajo del Cónyuge (____) _____ Mejor momento y lugar para contactarlo _____

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

Nombre _____ Relación _____

Teléfono del hogar (____) _____ Teléfono del trabajo (____) _____

4

HISTORIAL ODONTOLÓGICO

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



HISTORIAL DE SALUD

Nombre del médico _____ Fecha de la última consulta _____

¿Alguna vez ha tomado alguno de los fármacos del grupo denominado en inglés "fen-phen"? Esto incluye combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres comerciales de la fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dextfenfluramina). ☐ Sí ☐ No

Marcar "sí" o "no" para indicar si ha tenido:

SIDA/VIH	☐ Sí ☐ No	Glaucoma	☐ Sí ☐ No	Sinusitis	☐ Sí ☐ No
Anemia	☐ Sí ☐ No	Dolores de cabeza	☐ Sí ☐ No	Erupción cutánea	☐ Sí ☐ No
Artritis, reumatismo	☐ Sí ☐ No	Soplo cardíaco	☐ Sí ☐ No	Dieta especial	☐ Sí ☐ No
Válvulas cardíacas artificiales	☐ Sí ☐ No	Problemas cardíacos	☐ Sí ☐ No	Apoplejía	☐ Sí ☐ No
Articulaciones artificiales	☐ Sí ☐ No	Hepatitis tipo _____	☐ Sí ☐ No	Hinchazón de pies o tobillos	☐ Sí ☐ No
Asma	☐ Sí ☐ No	Herpes	☐ Sí ☐ No	Hinchazón de glándulas en cuello	☐ Sí ☐ No
Problemas lumbares	☐ Sí ☐ No	Presión sanguínea alta	☐ Sí ☐ No	Problemas de tiroides	☐ Sí ☐ No
Sangrado anormal en caso de extracciones o cirugía	☐ Sí ☐ No	Ictericia	☐ Sí ☐ No	Amigdalitis	☐ Sí ☐ No
Enfermedad sanguínea	☐ Sí ☐ No	Dolor mandibular	☐ Sí ☐ No	Tuberculosis	☐ Sí ☐ No
Cáncer	☐ Sí ☐ No	Enfermedad renal	☐ Sí ☐ No	Tumor o quiste en cabeza o cuello	☐ Sí ☐ No
Dependencia de fármacos	☐ Sí ☐ No	Enfermedad hepática	☐ Sí ☐ No	Úlcera	☐ Sí ☐ No
Quimioterapia	☐ Sí ☐ No	Presión sanguínea baja	☐ Sí ☐ No	Enfermedad venérea	☐ Sí ☐ No
Problemas circulatorios	☐ Sí ☐ No	Prolapso de válvula mitral	☐ Sí ☐ No	Pérdida de peso inexplicada	☐ Sí ☐ No
Lesiones cardíacas congénitas	☐ Sí ☐ No	Problemas nerviosos	☐ Sí ☐ No		
Tratamientos con cortisona	☐ Sí ☐ No	Marcapasos	☐ Sí ☐ No		
Tos, persistente o con sangre	☐ Sí ☐ No	Asistencia psiquiátrica	☐ Sí ☐ No		
Diabetes	☐ Sí ☐ No	Tratamiento de radiación	☐ Sí ☐ No		
Enfisema	☐ Sí ☐ No	Enfermedad respiratoria	☐ Sí ☐ No		
Epilepsia	☐ Sí ☐ No	Fiebre reumática	☐ Sí ☐ No		
Desmayos o mareos	☐ Sí ☐ No	Fiebre escarlata	☐ Sí ☐ No		
		Dificultad para respirar	☐ Sí ☐ No		

¿Usa lentes de contacto? ☐ Sí ☐ No

Mujeres:

¿Está usted embarazada? ☐ Sí ☐ No

Fecha de parto _____

¿Está usted amamantando? ☐ Sí ☐ No

¿Toma píldoras anticonceptivas? ☐ Sí ☐ No

MEDICAMENTOS

Enumere los medicamentos que está tomando actualmente y el diagnóstico correspondiente:

Nombre de la farmacia _____

Teléfono (____) _____

ALERGIAS

☐ Aspirina

☐ Anestésico local

☐ Barbitúricos (Píldoras para dormir)

☐ Penicilina

☐ Codeína

☐ Sulfa

☐ Iodina

☐ Otros _____

☐ Latex



ACTUALIZACIONES (Completar en todas las consultas futuras)

¿Ha habido algún cambio en su estado de salud desde su última consulta odontológica? ☐ Sí ☐ No

¿En qué sentido? _____

¿Está tomando alguna medicación nueva? _____ ¿Cuál? _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del médico _____ Fecha _____

¿Ha habido algún cambio en su estado de salud desde su última consulta odontológica? ☐ Sí ☐ No

¿En qué sentido? _____

¿Está tomando alguna medicación nueva? _____ ¿Cuál? _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del médico _____ Fecha _____



Estimado paciente,

Bienvenido a **Gulfton Dental**. Apreciamos la oportunidad de brindarle a usted y a su familia con el cuidado dental completo y cómodo. Nosotros le daremos el tratamiento de la más alta calidad en un ambiente cálido y cariñoso. Usted es muy importante para nosotros, y haremos todo lo posible para merecer su confianza como asociados interesados en su salud y bienestar.

Queremos que nuestros pacientes vivan con óptima salud oral. Podemos hacer esto mediante el desarrollo de una relación de largo plazo con cada paciente. Nuestro objetivo es brindar atención odontológica integral con atención especial a sus necesidades individuales de una manera oportuna y asequible. Queremos que las citas con nosotros sean cómodas y agradables para usted y su familia, con la mejor atención dental disponible.

Por favor complete el formulario de inscripción, sin olvidar su historia médica y alergias a los medicamentos que usted pueda tener.

Por favor complete el formulario de Portabilidad del Seguro de Salud y la Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPPA). A través de este formulario, usted autoriza a Gulfton Dental a proporcionar o compartir información sobre su tratamiento o condición de su cuenta y/o el balance con su compañía de seguro dental. Un médico a terceras partes a las que se autoricen con la notificación de privacidad a partir de la fecha en que firmo este formulario.

Hacemos todo lo posible para reducir el costo de su cita. Usted puede ayudar a pagar el tratamiento en el momento de su cita. Para su mayor comodidad aceptamos Visa, MasterCard, Discover y American Express, así como dinero en efectivo y cheques.

Por favor notifique a nuestra oficina 24 horas antes de cambiar o cancelar su cita. Gulfton Dental se reserva el derecho a cobrar una tarifa para las citas que no se mantienen o cambian dentro de este plazo de tiempo.

NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD (HIPPA)

Esta notificación describe cómo su información médica puede ser usada y revelada, y cómo usted puede tener acceso.

El Acta de Porte y Contabilidad de Seguro de 1996 (HIPPA) es un programa federal que requiere que todos los archivos médicos y/o cualquier información médica usada o requerida por nosotros de cualquier forma que sea provista: electrónica, en papel u oralmente, sea guardada de manera confidencial. Esta acta le da al paciente nuevos derechos para entender y controlar la manera de manejar su información.

HIPPA otorga penalidades a las entidades que hagan mal uso de la información personal, como requerimiento de HIPPA se ha preparado esta explicación de los requerimientos para mantener la privacidad de su información médica, y cómo podemos usarla y protegerla.

Nosotros podemos usar y divulgar su información médica solo para los siguientes propósitos: tratamiento, pago y operaciones de cuidado. Tratamiento significa proveer, coordinar o manejar cuidados de salud y servicios relacionados, por uno o más proveedores de salud. Pago envuelve actividades como el reembolso por servicios confirmados de cubrimiento, facturas o cuentas pendientes, y renovación de uso. Un ejemplo de esto sería enviar una carta de cobro a su compañía de seguro por razón de su visita.

Podemos crear y distribuir información médica removiendo todas las referencias que identifiquen al individuo.

Podemos contactarlo para recordar sus citas o darle información sobre tratamientos o cualquier otra información relacionada con beneficios y servicios que le puedan interesar. Cualquier otro uso o publicación será hecha sólo bajo autorización por escrito.

Nombre de Paciente: _____

Nombre del Tutor/Padre: _____

Mi información puede ser usada para información de las compañías de seguro médico y dental O: _____

YO AUTORIZO A REVELAR MI INFORMACION COMO SE DESCRIBE EN ESTA FORMA

Fecha: _____ Firma del Paciente/Tutor/Padre: _____