

# INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD GENERAL N.º DE REGISTRO \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA DE NAC.: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

## HISTORIA CLÍNICA DENTAL

1. **Razón de la visita/Problema principal** Control  Limpieza  Dolor de muelas  Otro \_\_\_\_\_
2. ¿Padece de alguna otra afección sobre la cual debemos saber?  SÍ  NO  Si es sí, especifique: \_\_\_\_\_
3. ¿Cuándo fue por última vez a un dentista? \_\_\_\_\_ 4. ¿Qué tratamiento le realizó? \_\_\_\_\_
5. ¿Terminó el tratamiento? \_\_\_\_\_ 6. ¿Cuándo se realizó una radiografía? \_\_\_\_\_
7. ¿Se hizo una limpieza?  SÍ  NO  8. ¿Se ha realizado un tratamiento para las encías (periodontal)?  SÍ  NO
9. ¿Ha tenido alguna vez una hemorragia prolongada después de una extracción?  SÍ  NO  Si es sí, especifique: \_\_\_\_\_
10. ¿Ha tenido algún problema con tratamientos dentales previos?  SÍ  NO  Si es sí, especifique: \_\_\_\_\_
11. ¿Le rechinan los dientes, aprieta mucho los maxilares o tiene síntomas cerca de los oídos como "clics", sensación de que se le destapa el oído, dolor o sensación de que no puede cerrar la mandíbula?  SÍ  NO  Si es sí, especifique: \_\_\_\_\_
12. ¿Le han diagnosticado alguna vez o lo han tratado por disfunción de la articulación temporomaxilar (TMD o TMJ)?  SÍ  NO  Si es sí, especifique: \_\_\_\_\_
13. ¿Le sangran fácilmente las encías?  SÍ  NO  14. ¿Siente que tiene mal aliento?  SÍ  NO
15. ¿Sus dientes son sensibles al calor o al frío?  SÍ  NO  16. ¿Le gustaría tener dientes más blancos?  SÍ  NO
17. ¿Le agrada su sonrisa?  SÍ  NO  Si es no, explique: \_\_\_\_\_

## HISTORIA CLÍNICA

1. ¿Está recibiendo atención médica en este momento?  SÍ  NO  Si es sí, especifique: \_\_\_\_\_  
Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Tel. del médico: ( ) \_\_\_\_\_
2. ¿Es alérgico a la penicilina, la codeína, los anestésicos locales, los tranquilizantes o algún otro medicamento? \_\_\_\_\_
3. ¿Está tomando algún medicamento en este momento (incluidos anticonceptivos)?  SÍ  NO  Si es sí, especifique: \_\_\_\_\_
4. (Mujer) ¿Está embarazada?  SÍ  NO  Si es sí, especifique de cuántos meses: \_\_\_\_\_
5. ¿Padece algún otro problema de salud que deberíamos tener en cuenta? Especifique: \_\_\_\_\_
6. ¿Tuvo o tiene alguna de las siguientes enfermedades?

Marque "SÍ" o "NO"	Coment. del médico	Marque "SÍ" o "NO"	Coment. del médico
Válvula cardíaca ARTIFICIAL	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	HEPATITIS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
SIDA/VIH+	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PRESIÓN ARTERIAL ALTA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ANEMIA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ICTERICIA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ANGINAS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	REEMPLAZO DE ARTICULACIONES	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ARTRITIS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD RENAL	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ASMA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ALERGIA AL LÁTEX	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
HEMORRAGIAS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS HEPÁTICOS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CÁNCER	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PRESIÓN ARTERIAL BAJA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
QUIMIO/RADIOTERAPIA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD PULMONAR	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CIRUGÍA ESTÉTICA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MARCAPASOS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DIABETES	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PHEN-FEN	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
MAREOS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ADICCIÓN A DROGAS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	IEBRE REUMÁTICA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ENFISEMA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS EN SENOS NASALES	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
EPILEPSIA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	LA APNEA DEL SUEÑO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DESMAYOS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TABAQUISMO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
GLAUCOMA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DERRAME CEREBRAL	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ATAQUE CARDÍACO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PROB. DE TIROIDES	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CIRUGÍA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
SOPLO CARDÍACO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PROBLEMAS CARDÍACOS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD VENÉREA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

*He respondido todas las preguntas en su totalidad y con precisión, según mi leal saber y entender. Informaré a mi odontólogo de cualquier cambio en mi salud y/o medicación. Certifico también que doy consentimiento para realizarme radiografías y un examen oral.*

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Padre/madre si el paciente es menor de edad)

Firma del médico \_\_\_\_\_

### ACTUALIZACIÓN MÉDICA:

1. Firma del paciente \_\_\_\_\_ Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_
2. Firma del paciente \_\_\_\_\_ Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_
3. Firma del paciente \_\_\_\_\_ Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# DATOS DEL PACIENTE

# N.º DE REGISTRO \_\_\_\_\_

## PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Dpto. N.º \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha vivido en esta dirección? \_\_\_\_\_

Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Cel./Buscapersonas ( ) \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

N.º de Seg. Social \_\_\_\_\_

N.º de lic. de conducir \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_

## PARTE RESPONSABLE (Si es igual a lo anterior, no completar)

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Dpto. N.º \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Cód. postal \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha vivido en esta dirección? \_\_\_\_\_

Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

N.º de Seg. Social \_\_\_\_\_ N.º de lic. \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_

## EMPLEO

Ocupación \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

¿Durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Dirección comercial \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Cód. postal \_\_\_\_\_

Tel. comercial ( ) \_\_\_\_\_ Ext. N.º \_\_\_\_\_

Verificado por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

(Para uso exclusivo de la institución)

## REFERENCIAS

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Tel. ( ) \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Tel. ( ) \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Tel. laboral del cónyuge ( ) \_\_\_\_\_

## PERSONA A QUIÉN CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA:

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Tel. ( ) \_\_\_\_\_

Médico \_\_\_\_\_ Tel. ( ) \_\_\_\_\_

## MÁS SOBRE USTED

¿Algún miembro de su familia necesita atención dental?  
Si es así, indique el nombre y el parentesco (hijo, hija, esposo)

1: \_\_\_\_\_ 2: \_\_\_\_\_  
3: \_\_\_\_\_ 4: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de esta institución? (Marque una opción)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Familiar-amigo (400)               | <input type="checkbox"/> Plan de seguro (460)                |
| <input type="checkbox"/> ConfiDent® (440)                   | <input type="checkbox"/> Televisión (020)                    |
| <input type="checkbox"/> Periódico (470)                    | <input type="checkbox"/> Radio (030)                         |
| <input type="checkbox"/> Cartelera (050)                    | <input type="checkbox"/> Páginas amarillas (120)             |
| <input type="checkbox"/> Folleto/cupón (490)                | <input type="checkbox"/> Correo postal directo/tarjeta (480) |
| <input type="checkbox"/> Letrero de la institución (420)    | <input type="checkbox"/> Internet/sitio web (190)            |
| <input type="checkbox"/> Calcomanía de la institución (430) |  |

Deseo obtener información en español: Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

## SEGURO / PLAN DENTAL

Principal: Seguro PPO HMO (Marque una opción)

Nombre del plan \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, cód. postal \_\_\_\_\_

N.º telefónico del plan/seguro \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Sindicato/Local \_\_\_\_\_ Grupo N.º \_\_\_\_\_ Plan N.º \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

N.º de Seg. Social \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_

## SEGURO / PLAN DENTAL

Secundario: Seguro PPO HMO (Marque una opción)

Nombre del plan \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, cód. postal \_\_\_\_\_

N.º telefónico del plan/seguro \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Sindicato/Local \_\_\_\_\_ Grupo N.º \_\_\_\_\_ Plan N.º \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

N.º de Seg. Social \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_

1. Certifico que la información brindada es precisa y se confiará en ella para otorgar crédito y proporcionar servicios dentales. Entiendo que soy el responsable financiero de los costos que, por cualquier motivo, no estén cubiertos ni pagados por mi seguro.
2. Al firmar abajo, los autorizo a verificar la información sobre mí y sobre cualquier otro solicitante y a intercambiar dicha información, incluso a solicitar informes a agencias de informes crediticios.
3. Autorizo el pago directo al odontólogo de todos los beneficios del seguro grupal que, de otro modo, se me pagarían a mí. Entiendo que soy el responsable financiero de cualquier costo no cubierto por esta autorización. Autorizo la revelación de todo tipo de información relacionada con cualquier tipo de reclamos dentales.
4. Entiendo que este consultorio dental es propiedad de un odontólogo independiente y es administrado por dicha persona. Admito que cada dentista es el responsable individual de la atención dental que me otorga y que ningún otro dentista o entidad corporativa es responsable de mi tratamiento dental.

Firma de la parte responsable o del paciente  
(Padre/madre si el paciente es menor de edad)

Fecha

(COMPLETAR DE AMBOS LADOS)