

# REGISTRO DEL PACIENTE E HISTORIA CLÍNICA

Fecha \_\_\_\_\_ (POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA) Teléfono Particular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Paciente \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Nombre Preferido \_\_\_\_\_

Dirección - Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Separado(a)  Divorciado(a)

Empleado(a) por \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del Cónyuge/Padre o Madre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Cónyuge/Padre o Madre \_\_\_\_\_

Cónyuge/Padre o Madre Empleado por \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Quién es responsable por esta cuenta? \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social del Cónyuge/Padre o Madre \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía del Seguro Dental \_\_\_\_\_ Grupo Número \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, ¿a quién se deberá notificar? \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿A quién podemos agradecer por habernos referido a Ud.? \_\_\_\_\_

## HISTORIA CLÍNICA

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Fecha del Último Examen Físico \_\_\_\_\_

¿Ha tenido Ud. alguna vez algo de lo siguiente? (marque las casillas que correspondan):

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón                              | <input type="checkbox"/> Epilepsia                                    | <input type="checkbox"/> Dieta Especial                 |
| <input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Alta                             | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza                            | <input type="checkbox"/> Glándulas del Cuello Hinchadas |
| <input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Baja                             | <input type="checkbox"/> Hepatitis, Ictericia o Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática               |
| <input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios                            | <input type="checkbox"/> Cáncer                                       | <input type="checkbox"/> Problemas de la Sinus          |
| <input type="checkbox"/> Problemas Nerviosos                                | <input type="checkbox"/> Tratamiento Siquiátrico                      | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA u Otros               |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia                                       | <input type="checkbox"/> Diarrea Crónica                              | <input type="checkbox"/> Trastornos Inmunosupresores    |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones o Válvulas del Corazón Artificiales | <input type="checkbox"/> Alergias a Anestésias                        | <input type="checkbox"/> Embolia Cerebral               |
| <input type="checkbox"/> Reciente Pérdida de Peso                           | <input type="checkbox"/> Alergias a Medicinas o Drogas                | <input type="checkbox"/> Úlcera                         |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la Espalda                            | <input type="checkbox"/> Alergias Generales                           | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas          |
| <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre                      | <input type="checkbox"/> Droga adicción                 |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias                         | <input type="checkbox"/> Artritis                                     | <input type="checkbox"/> Hemofilia                      |

¿Tiene Ud. alguna alergia a medicamentos, o ha tenido Ud. alguna vez una reacción adversa a algún medicamento? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué? \_\_\_\_\_

¿Ha reaccionado Ud. alguna vez adversamente a un tratamiento médico o dental? \_\_\_\_\_

¿Está tomando Ud. actualmente algún medicamento? \_\_\_\_\_ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? \_\_\_\_\_

¿Ha tomado Ud. alguna vez algún medicamento del grupo al que se le conoce como "fenfen" (fenphen, en inglés). Esto incluye combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres de marcas de fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina).  Sí  No

¿Está Ud. bajo el cuidado de un médico?  Sí  No ¿Por el tratamiento de qué condiciones? \_\_\_\_\_

Si el paciente es un niño, ¿cuánto pesa el niño? \_\_\_\_\_

(Mujeres) ¿Sospecha Ud. que está embarazada?  Sí  No ¿Está Ud. amamantando a un bebé?  Sí  No

¿Hay alguna otra cosa que nosotros debiéramos saber sobre su historia clínica? \_\_\_\_\_

La información de arriba es correcta y completa, a mi leal saber y entender, y se proporciona con el único objeto de que se use en mi tratamiento, para facturación, y para procesamiento ante el seguro de los beneficios a los que tengo derecho. Yo no haré responsable a mi dentista ni a ningún integrante de su personal por errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

(SIGUE AL DORSO)

## TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, el suscrito, tengo seguro con \_\_\_\_\_  
*Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros*

y traspaso directamente al Dr. \_\_\_\_\_ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera son pagaderos a mí por servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, ya sea que son pagados por el seguro o no. Por el presente yo autorizo al doctor a divulgar toda la información que sea necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones que se hagan ante el seguro, ya sea que son hechas manualmente o electrónicamente.

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma*

## CONSENTIMIENTO SOBRE MENOR/NIÑO

Yo, siendo el padre o tutor de \_\_\_\_\_ por el presente  
*Nombre del menor/niño*

solicito del y autorizo al personal dental que preste los servicios dentales necesarios para mi niño, incluyendo pero no limitados a, radiografías y la administración de anestesia, que sean considerados aconsejables por el doctor, sea que yo esté presente o no en la cita dental cuando el tratamiento se lleve a cabo.

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Asegurado/Tutor*

## ACUERDO FINANCIERO

Yo acepto que el pago de los servicios dentales se vence cuando se realiza el tratamiento, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Yo estoy de acuerdo en que los padres o los tutores son responsables por todos los honorarios y servicios prestados para el tratamiento de un menor/niño. Yo acepto responsabilidad financiera total por todos los cargos no cubiertos por el seguro.

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Asegurado/Tutor*

## ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

¿Ha ocurrido algún cambio en su salud desde su última cita dental?  Sí  No

¿Para qué condiciones? \_\_\_\_\_

¿Está tomando Ud. algún medicamento nuevo? \_\_\_\_\_ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Paciente*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Dentista*

## ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

¿Ha ocurrido algún cambio en su salud desde su última cita dental?  Sí  No

¿Para qué condiciones? \_\_\_\_\_

¿Está tomando Ud. algún medicamento nuevo? \_\_\_\_\_ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Paciente*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Dentista*