



HOJA DE REGISTRO & HISTORIAL MÉDICO

Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____

¿El paciente es estudiante? Tiempo Completo Medio Tiempo

Apellido: _____

Empleador: _____

Prefiero que me llamen: _____

Teléfono: _____

Domicilio: _____

Puesto: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Domicilio de Empleador: _____

Fecha de nacimiento: _____

Género: _____ ¿El paciente es menor de edad?: Si

Nombre de esposo(a): _____

Estado Civil: Casado(a) Unión Libre Divorciado(a)

Fecha de nacimiento: _____

Soltero(a) Viudo(a)

¿Cómo se entero de nosotros?: _____

SEGURO DENTAL

Persona responsable del seguro: _____

Relación con el paciente: _____

Nombre de la aseguranza: _____

Número de grupo: _____

ID del suscriptor/NSS: _____

¿Esta cubierto por aseguranza adicional? Si No

Nombre del suscriptor: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____

Nombre de la aseguranza: _____

Número de grupo: _____

ID del suscriptor/NSS: _____

ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN. Certifico que yo y/o mis dependientes tenemos cobertura de aseguranza con _____ y asigno a Carlton Dental todos los beneficios del seguro, si los hubiera, de otra manera pagado a mí por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no, por la aseguranza. Autorizo el uso de mi firma en todas las prestaciones del seguro. La oficina dental mencionada anteriormente puede usar mi información médica y puede revelar dicha información con las aseguranzas nombradas en esta forma y sus agentes con el propósito de obtener pagos por servicios prestados. Este consentimiento terminará cuando finalice mi tratamiento o un año después de firmar este documento.

Firma del paciente, padre, tutor o representante legal

Nombre completo del paciente, padre, tutor o representante legal

Fecha

Relación con el paciente

INFORMACIÓN DE CONTACTO *INFORMACIÓN REQUERIDA*

*Número Celular (_____) _____ ¿Podemos mandarle mensajes de texto para recordatorios y confirmar citas? Si No

*Correo Electrónico: _____ Se usará para recordatorios / confirmaciones de citas. No se usará para correo no deseado o entregado a nadie más.

Número de Casa (_____) _____ Número de Trabajo (_____) _____ Hora y lugar para contactarlo: _____

Contacto de Emergencia: Nombre _____ Relación con el paciente _____ Teléfono (_____) _____

HISTORIAL DENTAL

Razón de su visita: _____

EVALUACIÓN DE SU SONRISA

Si No

¿Le gustaría sus dientes más rectos? ¿Le gustaría sus dientes más blancos? ¿Ha notado desgaste o astillado en sus dientes? Si pudiera cambiar algo sobre sus dientes, ¿Qué sería?

Fecha de última visita dental: _____

Fecha de últimas radiografías dentales: _____

	Si	No
¿Le sangran las encías?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Usa alguna forma de tabaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------------	--------------------------	--------------------------

¿Tiene la boca seca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	--------------------------

¿Se acumula comida entre sus dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--------------------------	--------------------------

¿Rechina los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------	--------------------------

¿Tiene dientes flojos o relleno en sus dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

¿Sufre de dolor mandibular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------	--------------------------

SALUD DEL SUEÑO

Si No

¿Usted ronca? ¿Se despierta cansado? ¿Se despierta en las mañanas con dolores de cabeza? ¿Se le dificulta mantenerse despierto durante el día?

HISTORIAL MÉDICO

Si	No		Si	No		Si	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AIDS/HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Válvulas Cardiacas Artificiales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión Sanguínea Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Articulaciones Artificiales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado Anormal Después De La Cirugía
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis, Reumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Del Riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesiones Congénitas Del Corazón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Del Hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo Cardíaco
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas De Espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión Sanguínea Baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso De La Válvula Mitral
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad De La Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Del Sistema Nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuidado Psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dependencia Química	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento De Radiación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre Escarlata
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque Al Corazón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas De La Circulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta De Aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Premedicación necesaria para visitas dentales?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento De Cortisona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Sinusales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está embarazada?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glándulas De Cuello Hinchadas	Otros problemas del corazón: _____		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas De La Tiroides	_____		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amigdalitis	Otras condiciones medicas: _____		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos o Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	_____		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor / Crecimientos En La Cabeza	_____		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores De Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras	_____		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis Tipo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

MEDICAMENTOS

Enliste todos los medicamentos que toma actualmente:

Médico de cabecera: _____

Domicilio del médico: _____

Teléfono del médico: _____

ALERGIAS

	Si	No
Penicilina u Otros Antibióticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codeina u otros narcóticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anestesia Local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogas Sulfa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reacción a metales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro / Detalles: _____		

El firmante autoriza a los doctores y al personal de Carlton Dental para realizar exámenes dentales, tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías y/o cualquier otra ayuda apropiada para hacer un diagnóstico concienzudo de acuerdo a las necesidades del paciente. También autoriza a los doctores en Carlton Dental de realizar cualquier y todos los tipos de tratamiento, medicación y terapia indicados. El firmante autoriza el uso de anestésicos y entiende que su uso involucra ciertos riesgos.

CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN PROVISTA ES COMPLETA Y PRECISA

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Doctor: _____ Fecha: _____