

Other Information

Date of Last Dental Visit: _____

INSCRIPCIÓN

BIENVENIDO

Fecha _____

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Masculino _____

Femenino _____

Si es menor: Nombre del padre/de la madre _____

Cómo desea que se dirijan a usted? _____

Soltero/a _____

Casado/a _____

Separado/a _____

Divorciado/a _____

Viudo/a _____

Menor _____

Domicilio-Calle _____

Ciudad _____

Dirección del trabajo _____

Teléfono Casa _____

Teléfono Oficina _____

Fax _____

Teléfono Celular

Correo Electrónico _____

Lugar dónde trabaja (si es menor, el padre o la madre) _____

Cargo Actual _____

Cuánto tiempo ha estado en éste cargo? _____

Nombre del Cónyuge (si es menor, del padre o la madre) _____

Lugar dónde trabaja el cónyuge _____

Cargo Actual del cónyuge _____

Cuánto tiempo ha estado el cónyuge en éste cargo? _____

Persona responsable de ésta cuenta _____

Número de cédula _____

Propósito de su visita _____

Otros familiares en éste consultorio _____

A quién debemos agradecer el haberlo(a) referido a nuestro consultorio? _____

Número de cédula del paciente (si es menor, del padre o la madre) _____

Número de cédula del cónyuge (si es menor, del padre o la madre) _____

Nombre de una persona que no viva con usted, a quién notificar en caso de emergencia

CONSENTIMIENTO:

Consiento a los procedimientos de diagnóstico y tratamiento efectuados por el dentista y que sean necesarios para una correcta atención dental.

Acepto el uso y la divulgación de mis records (o los records de mi hijo) por el dentista para efectuar tratamiento, obtener pago y para las actividades y operaciones de atención médica que se relacionen con el tratamiento o el pago de los servicios prestados.

Acepto la divulgación de mis records (o los de mi hijo) a las personas siguientes que participan en mi atención médica o de mi hijo, o del pago por dicha atención médica _____

Mi consentimiento a la divulgación de los records estará en vigencia hasta que lo revoque por escrito. Entiendo que soy responsable económicamente por el pago total de todas las cuentas.

Al firmar esta declaración, revoco todo acuerdo previo en contrario y acepto la responsabilidad de pago por servicios no pagados. Certifico la veracidad de la información de esta página.

FIRMA DEL PACIENTE O DEL TUTOR LEGAL _____

FECHA _____

ANTECEDENTES DENTALES

Propósito de la visita _____

Está usted consciente de algún problema con sus dientes? _____

Cuánto tiempo ha transcurrido desde su última visita al dentista? _____

Qué tratamiento se realizó en ese momento? _____

Nombre del dentista anterior _____

Dirección _____

Teléfono _____

Cuándo le hicieron una limpieza profesional en un consultorio por última vez?

Ha efectuado visitas al dentista con regularidad? _____

Con qué frecuencia? _____

Se tomaron radiografías dentales en su última visita al dentista? _____

Usted ha perdido o se le ha extraído algún diente? _____

Por qué? _____

Dichos dientes perdidos, han sido reemplazados con alguna prótesis? _____

Con qué tipo de prótesis (fija, removible, implante, dentadura completa)? _____

Está usted insatisfecho con dicho reemplazo o prótesis? _____

Desea usted alguna información acerca de prótesis o reemplazos permanentes? _____

Ha tenido alguna vez problemas ó complicaciones con tratamientos dentales anteriores? _____

Si es así, explique _____

Suele usted rechinar o apretar los dientes? _____

Siente usted que su mandíbula hace ruido _____

Ha sentido dolor e irritación en los músculos, en la cara ó cerca del oído? _____

Sufre usted frecuentemente de dolor de cabeza, cuello u hombros? _____

Quedan partículas de comida retenidas entre sus dientes? _____

Son sus dientes sensibles:

Al calor _____

Al frío? _____

A los dulces? _____

A la presión? _____

Le duelen o sangran las encías? _____

Cuando? _____

Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____

Utiliza usted el hilo dental? _____

Con qué frecuencia? _____

Tiene usted dientes flojos, torcidos ó desplazados de su sitio original? _____

Está usted insatisfecho con la apariencia cosmética de sus dientes? _____

Cómo se siente acerca de sus dientes en general? _____

Siente usted que a veces tiene mal aliento? _____

Ha sido sometido a tratamiento u operación para las encías? _____

De qué tipo? _____

Dónde? _____

Cuándo? _____

Ha tenido usted tratamiento de ortodoncia (braces)? _____

Ha tenido usted experiencias odontológicas desagradables o hay algo particular que le desagrada? _____

Tiene usted alguna pregunta o duda? _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

Nombre de su médico _____

Dirección/Teléfono _____

Está usted bajo cuidado médico _____

Desde cuándo _____

Por qué? _____

Cuándo fué su último exámen físico completo? _____

Está usted tomando medicinas? _____

Cuáles? _____

Rutinariamente toma usted sustancias relacionadas con su salud (vitaminas, etc)? _____

Es usted alérgico a alguna medicina o sustancia? Favor anotarla _____

Tiene usted alguna otra alergia? _____

Tiene usted problemas con la penicilina, los antibióticos, las anestésicos o alguna otra medicina? _____

Es usted susceptible a los metales o al látex? _____

Si es usted mujer, está embarazada o cree que podría estarlo? _____

Utiliza usted medicinas para el control de la natalidad? _____

Ha sido usted tratado por enfermedades cardíacas o se le ha dicho que podría padecerlas? _____

Tiene usted un marcapasos o una válvula cardíaca artificial? _____

Ha tenido alguna vez fiebre reumática? _____

Padece usted de murmullo cardíaco? _____

Tiene usted presión alta o baja? Especifique _____

Ha tenido usted alguna enfermedad u operación grave? _____

Si es así, explique _____

Ha tenido tratamiento con radiación o quimioterapia para combatir un tumor u otra condición? _____

Ha tomado usted Fosamax, Zómeta, Aredia o cualquier similar (bifosfonatos)? _____

- Padece usted de enfermedades inflamatorias, como artritis o reumatismo? _____
- Tiene usted articulaciones artificiales o usa prótesis? _____
- Tiene usted alteraciones de la sangre, como anemia, leucemia, etc.? _____
- Ha sangrado alguna vez excesivamente después de cortarse o lastimarse? _____
- Tiene algún problema estomacal? _____
- Tiene problemas renales (de los riñones)? _____
- Tiene problemas hepáticos (del hígado)? _____
- Es diabético? _____
- Ha tenido desmayos o mareos? _____
- Padece de asma? _____
- Tiene epilepsia ó ataques nerviosos? _____
- Tiene o ha tenido alguna enfermedad venérea? _____
- Se le ha diagnosticado que es HIV positivo? _____
- Tiene usted SIDA? _____
- Ha tenido o ha arrojado resultados positivos para la hepatitis? _____
- Tiene o ha tenido tuberculosis? _____
- Fuma ó mastica tabaco, usa rapé o consume alguna otra variedad de tabaco? _____
- Consume usted bebidas alcohólicas? _____
- Utiliza habitualmente sustancias controladas? _____
- Ha estado usted bajo tratamiento psiquiátrico? _____
- Usted ha tomada la droga recetada fenfluramineo cualquier otro producto para perder peso? _____
- Tiene usted alguna otra enfermedad, condición o problema no mencionado aquí? _____
- Si es así, explique _____
- Hay algo que debemos saber sobre su salud y que no hemos preguntado en éste formulario? _____
- Desea usted hablar en privado con el dentista acerca de algún problema? _____

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES COMPLETA Y EXACTA

FIRMA DEL PACIENTE _____

FECHA _____

FIRMA DEL DENTISTA _____

FECHA _____