

# REGISTRO DEL PACIENTE E HISTORIA CLINICA

(POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA)

Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono Particular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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 Madre \_\_\_\_\_

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

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

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

## HISTORIA CLINICA

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Fecha del Ultimo 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"/> Problemas Circulatorios	<input type="checkbox"/> Hepatitis, Ictericia o Enfermedades del Hígado	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/> Problemas Nerviosos	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Problemas de la Sinus
<input type="checkbox"/> Radioterapia	<input type="checkbox"/> Tratamiento Siquiático	<input type="checkbox"/> VIH/Sida u Otros
<input type="checkbox"/> Articulaciones o Válvulas del Corazón Artificiales	<input type="checkbox"/> Diarrea Crónica	<input type="checkbox"/> Trastornos Inmunosupresores
<input type="checkbox"/> Reciente Pérdida de Peso	<input type="checkbox"/> Alergias a Anestiasias	<input type="checkbox"/> Embolia Cerebral
<input type="checkbox"/> Problemas de la Espalda	<input type="checkbox"/> Alergias a Medicinas o Drogas	<input type="checkbox"/> Ulcera
<input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias	<input type="checkbox"/> Alergias Generales	<input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre	<input type="checkbox"/> Drogadicción
<input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Baja	<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 "renten"(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 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 AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION**

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/NINO**

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

**ACUERDO FINANCIERO**

Yo acepto que el pago de los servicios dentales se vence cuando se realiza el tratamiento, a menos que se haya 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

**ACTUALIZACION DE LA HISTORIA CLINICA**

¿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

**ACTUALIZACION DE LA HISTORIA CLINICA**

¿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