

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FDN: _____ EDA: _____ SEX H M

NOMBRE MI APELLIDO

HISTORIA CLINICA DENTAL

- Razon de la visita/ problema principal Control Limpieza Dolor Otro: _____
- Padece de alguna otro condicion la cual debamos saber? Si NO Si es si, explique: _____
- Cuando fue por ultima vez al dentista? _____
- Que tratamiento realizo? _____
- Termino el tratamiento? _____
- Cuando se realize una radiografia? _____
- Se hizo una limpieza? Si NO
- Se ha realizado tratamiento para las encias (periodontal)? Si NO
- Ha tenido alguna vez una hemorragia prolongada despues de una extraccion? Si NO Si es si, explique: _____
- Ha tenido algun problema con tratamientos dentales previos? Si NO Si es si, explique: _____
- Le rechinan los dientes, o tiene sintomas cerca de los oidos como clics, dolor o sencacion donde no pude cerrar la mandibula?
Si NO Si es si, explique: _____
- Le Han diagnosticado alguna vez o lo han tratador por disuincion de la articulacion temporomaxilar (Tmd o Tmj)?
Si NO Si es si, explique: _____
- Le sangran facilmente las encias? Si NO
- Siente que tiene mal aliento? Si NO
- Sus dientes son sensibles al calor o frio? Si NO
- Le gustaria tener dientes mas blancos? Si NO
- Le agrada su sonrisa? Si NO si es no, explique: _____

HISTORIA CLINICA Esta tomando o alguna vez a tomado Bisphosphonates (Fosamax, Boniva, Actonel, Aredia, Zometa, etc.) para Osteoporosis o alguna otra condicion? Si NO

- Alguna vez a tenido una enfermedad o hospitalazion grave? Si NO
- Esta recibiendo atencion medica en este momento? Si NO Si es si, explique: _____ Nomb. Del medico: _____
Tel. del medico: () _____
- Es alergico a la pecinillina, la codina, los anestesicos locales, los tranquilizantes o algun otro medicamento? _____
- Esta tomando algun medicamneto en este momento(incluyendo anticonceptivos)? Si NO Si es si, explique: _____
- (Mujer) Esta embarazada? Si NO Si es si, explique cuantos meses: _____
- Padedec algun otro problema de salud que deberiamos tener encuanta? Especifique: _____
- Tuvo o tiene alguna de las siguientes enfermedades?

MARQUE "SI" o "NO"	COMENT. DEL MEDICO	MARQUE "SI" o "NO"	COMENT. DEL MEDICO
VALVULA CARDIACA ARTIFICIAL	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	HEPATITIS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
SIDA/VIH	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PRESION ARTERIAL ALTA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ANEMIA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ICTERICIA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ANGINAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	REEMPLAZO DE ARTICULACIONE	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ARTRITIS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD RENAL	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ASMA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ALERGIA AL LATEX	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
HEMORRAGIAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS HEPATICOS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CANCER	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PRESION ARTERIAL BAJA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
QUIMO/RADIOTERAPIA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD PULMONAR	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
SIRUGIA ESTETICA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MARCAPASOS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DIABETES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PHEN-FEN	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
MAREOS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ATENCION PSIQUIATRICA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ADICCION A DROGAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FIEBERE REUMATICA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ENFISIMA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS NASALES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
EPILEPSIA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	APNEA DEL SUENO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DESMAYOS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FUMA TABACCO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
GLAUCOMA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DERRAME CEREBRAL	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ATAQUE CARDIACO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PROB. DE TIROIDES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CIRUGIA CARDIACA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PROB. TEMPOROMAXILAR	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
SOPLO CARDIACO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TUBERCULOSIS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PROBLEMAS CARDIACOS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD VENEREA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

HE respondido todas las preguntats en su totalidad y con precision, segun mi leal saber y entender. Informare a mi odontologo de cualquiercambio en mi salud y/o medicacion. Certifico tambien que doy consentimiento para realizarme radiografias y un examen oral.

FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIAN _____ Fecha _____

Firma del medico _____

Actualizacion medica:

- Firma del paciente _____ Firma del medico _____ Fecha _____
- Firma del paciente _____ Firma del medico _____ Fecha _____
- Firma del paciente _____ Firma del medico _____ Fecha _____

DATOS DEL PACIENTE

CHART # _____

PACIENTE

NOMBRE _____ F.D.N. _____ SEX H M

NOMBRE I APELLIDO

SEG. SOCIAL _____ NUM. DE LIC. DE CONDUCIR _____ ESTADO _____

TELEFONO DE CASA _____ CELLULAR _____ NUM. DE TRABAJO _____

CORREO ELECTRONICO _____ PREFERENCIA PARA CONTACTO: TELEFONO DE CASA CELLULAR CORREO ELEC

DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO _____

EMPLEO _____ CUANTO TIEMPO? _____

DIRECCION DE EMPLEO _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO _____

NOMBRE DE CONYUGE _____ TELEFONO DE CONYUGE _____

PARTE RESPONSABLE (SI ES IGUAL A LO ANTERIOR NO COMPLETE)

NOMBRE _____ F.D.N. _____ PARENTESCO AL PACIENTE _____ SEX H M

NOMBRE I APELLIDO

TELEFONO DE CASA _____ CELLULAR _____ NUM. DE TRABAJO _____

SEG. SOCIAL _____ NUMERO DE LIC. DE CONDUCIR _____ ESTADO _____

DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO _____

EMPLEO _____ CUANTO TIEMPO? _____

DIRECCION DE EMPLEO _____ CIUDAD _____ ESTDAO _____ CODIGO _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

CONTACTO #1: NOMBRE _____ PARENTESCO A PACIENTE _____

NOMBRE APELLIDO

TEL. DE CASA _____ CELLULAR _____ NUM. DE TRABAJO _____ EMAIL _____

DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO _____

CONTACTO #2: NOMBRE _____ PARENTESCO A PACIENTE _____

NOMBRE AELLIDO

TEL. DE CASA _____ CELLULAR _____ NUM. DE TRABAJO _____ EMAIL _____

DIRECCIOIN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO _____

SEGURO DENTAL (PRINCIPAL) PPO HMO

NOMBRE DEL ASEGURADOR _____ F.D.N. _____ SEGURO SOCIAL _____ SEX H M

NOMBRE APELLIDO

PARENTESCO AL PACIENTE PACIENTE HIJO/A PADRE/MADRE CONYUGE

DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO _____

EMPLEADOR _____ TEL. DE EMPLEO _____

NOMBRE DE ASEGURADORA _____ TEL. DE ASEGURADORA _____ #GRUPO _____ #PLAN _____

DIA EFFECTIVO DE POLIZA _____ NOMBRE DE LA UNION LOCAL Y NUMERO _____

SEGURO DENTAL (SECUNDARIO) PPO HMO

NOMBRE DEL ASEGURADOR _____ F.D.N. _____ SEGURO SOCIAL _____ SEX H M

NOMBRE APELLIDO

PARENTESCO AL PACIENTE PACIENTE HIJO/A PADRE/MADRE CONYUGE

DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO _____

EMPLEADOR _____ TEL. DE EMPLEO _____

NOMBRE DE ASEGURADORA _____ TEL. DE ASEGURADORA _____ # GRUPO _____ #PLAN _____

DIA EFFECTIVO DE POLIZA _____ NOMBRE DA LA UNION LOCAL Y NUMERO _____

1. Certifico que la informacion brindada es precisa y se confiara en ella para otorgar credito y proporcionar servicios dentales. Entiendo que soy el responsable financiero de los costos que, por cualquier motivo no esten cubiertos ni pagados por mi seguro.
2. Al firmar abajo, los autorizo a verificar la informacion sobre mi y sobre cualquier otro solicitante y a intercambiar dicha informacion, incluso a solicitar informes a agencias de informes de crediticios.
3. Autorizo el pago directo al odontologo de todos los beneficios del seguro grupal que de otro modo, se me pagaria ami. Entiendo que soy el responsable financier de cualquier costo no cubierto por esta autorizacion. Aotorizo la revelacion de todo tipo de informacion relacionada con cualquier tipo de reclamos dentale.
4. Entiendo que este consultorio dental es propeiedad de un odontologo independiente y es administrado por dicha persona. Admito que cada dentista es el responsable individual de la atencion dental que me otorga y que ningun otro dentista o entidad corporative es responsable de mi tratamiento dental.

FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIAN RESPONSABLE _____ FECHA _____