



# HOJA DE REGISTRO & HISTORIAL MÉDICO

Fecha: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Apellido: \_\_\_\_\_  
 Prefiero que me llamen: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Género: \_\_\_\_\_ ¿El paciente es menor de edad?: Si

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

¿El paciente es estudiante? Tiempo Completo  Medio Tiempo   
 Empleador: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Puesto: \_\_\_\_\_  
 Domicilio de Empleador: \_\_\_\_\_  
 Nombre de esposo(a): \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo se entero de nosotros?: \_\_\_\_\_

## SEGURO DENTAL

Persona responsable del seguro: \_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la aseguradora: \_\_\_\_\_  
 Número de grupo: \_\_\_\_\_  
 ID del suscriptor/NSS: \_\_\_\_\_  
 ¿Esta cubierto por aseguradora adicional? Si  No   
 Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la aseguradora: \_\_\_\_\_  
 Número de grupo: \_\_\_\_\_  
 ID del suscriptor/NSS: \_\_\_\_\_

**ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN.** Certifico que yo y/o mis dependientes tenemos cobertura de aseguradora con \_\_\_\_\_ y asigno a Fresh 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 aseguradora. 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 aseguradoras 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: \_\_\_\_\_  
 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"/> |

### EVALUACIÓN DE SU SONRISA

|  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  | Si                       | No                       |
| ¿Le gustaría sus dientes más rectos?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Le gustaría sus dientes más blancos?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha notado desgaste o astillado en sus dientes?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si pudiera cambiar algo sobre sus dientes, ¿Qué sería? |                          |                          |
| _____  |                          |                          |

### SALUD DEL SUEÑO

|   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
|   | Si                       | No                       |
| ¿Usted ronca?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se despierta cansado?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se despierta en las mañanas con dolores de cabeza?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se le dificulta mantenerse despierto durante el día? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 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 _____        |                          |                          |                                   |                                    |                          |   |

## 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 Fresh 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 Fresh 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: \_\_\_\_\_