



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 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 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 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: _____

Fecha de última visita dental: _____

Fecha de últimas radiografías dentales: _____

¿Le sangran las encías? Si ☐ No ☐¿Usa alguna forma de tabaco? ☐ ☐¿Tiene la boca seca? ☐ ☐¿Se acumula comida entre sus dientes? ☐ ☐¿Rechina los dientes? ☐ ☐¿Tiene dientes flojos o relleno en sus dientes? ☐ ☐¿Sufre de dolor mandibular? ☐ ☐

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?

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	
☐	☐	AIDS/HIV	☐	☐	Herpes	☐	☐	Válvulas Cardíacas Artificiales
☐	☐	Anemia	☐	☐	Presión Sanguínea Alta	☐	☐	Articulaciones Artificiales
☐	☐	Ansiedad	☐	☐	Ictericia	☐	☐	Sangrado Anormal Después De La Cirugía
☐	☐	Artritis, Reumatismo	☐	☐	Enfermedad Del Riñón	☐	☐	Lesiones Congénitas Del Corazón
☐	☐	Asma	☐	☐	Enfermedad Del Hígado	☐	☐	Soplo Cardíaco
☐	☐	Problemas De Espalda	☐	☐	Presión Sanguínea Baja	☐	☐	Prolapso De La Válvula Mitral
☐	☐	Enfermedad De La Sangre	☐	☐	Problemas Del Sistema Nervioso	☐	☐	Marcapasos
☐	☐	Cancer	☐	☐	Cuidado Psiquiátrico	☐	☐	Fiebre Reumática
☐	☐	Dependencia Química	☐	☐	Tratamiento De Radiación	☐	☐	Fiebre Escarlata
☐	☐	Quimioterapia	☐	☐	Enfermedad Respiratoria	☐	☐	Ataque Al Corazón
☐	☐	Problemas De La Circulación	☐	☐	Falta De Aliento	☐	☐	¿Premedicación necesaria para visitas dentales?
☐	☐	Tratamiento De Cortisona	☐	☐	Problemas Sinusales	☐	☐	¿Está embarazada?
☐	☐	Diabetes	☐	☐	Glándulas De Cuello Hinchadas	Otros problemas del corazón: _____		
☐	☐	Enfisema	☐	☐	Problemas De La Tiroides	_____		
☐	☐	Epilepsia	☐	☐	Amigdalitis	_____		
☐	☐	Mareos o Desmayos	☐	☐	Tuberculosis	Otras condiciones medicas: _____		
☐	☐	Glaucoma	☐	☐	Tumor / Crecimientos En La Cabeza	_____		
☐	☐	Dolores De Cabeza	☐	☐	Úlceras	_____		
☐	☐	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	☐	☐
Aspirinas	☐	☐
Codeína u otros narcóticos	☐	☐
Yodo	☐	☐
Latex	☐	☐
Anestesia Local	☐	☐
Drogas Sulfa	☐	☐
Reacción a metales	☐	☐
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: _____