

Registro del paciente

Fecha de hoy _____

Apellido _____ Nombre _____ Inicial 2º nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Sexo M o F N.º seg. soc. _____ Encierre una opción: Soltero/a Casado/a Separado/a Viudo/a

Domicilio postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

Correo electrónico _____ Tel. fijo (_____) _____ Tel. móvil (_____) _____

N.º licencia de conductor _____ Empleador _____

Tel. laboral (_____) _____ Ocupación _____

¿Es estudiante de tiempo completo? Sí o No Si el paciente es menor de edad: Fecha nac. de la madre _____ Fecha nac. del padre _____

Nombre del padre/madre _____ N.º seg. social _____

Empleador del padre/madre _____ Tel. padre/madre (_____) _____

Persona responsable de la cuenta _____ Parentesco _____

Contacto de emergencia _____ Parentesco _____ Teléfono (_____) _____

Si está llenando este formulario a nombre de otra persona, ¿cuál es su parentesco con esa persona?

Nombre _____ Parentesco _____

_Motivo de su consulta el día de hoy: _____

¿Cómo se enteró de nosotros?

Publicidad por correo Redes sociales Seguro Sitio web del consultorio Internet Familiar/Amigo/Compañero de trabajo

Otro _____ ¿Quién le recomendó que nos consulte? _____

Datos del seguro odontológico (operador primario)

Datos del seguro odontológico (Cobertura secundaria)

Nombre del asegurado _____ Nombre del asegurado _____

Empleador del asegurado _____ Empleador del asegurado _____

Fecha de nac. del asegurado _____ Fecha de nac. del asegurado _____

Compañía de seguros _____ Compañía de seguros _____

Dirección de la compañía de seguros _____ Dirección de la compañía de seguros _____

N.º teléfono _____ N.º teléfono _____

N.º grupal _____ N.º local _____ N.º grupal _____ N.º local _____

Historial odontológico

En una escala del 1 al 10, en la que 10 es la calificación más alta:

¿Qué importancia tiene para usted su salud dental? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Qué calificación le daría a su salud dental actual? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Dónde desea que se encuentre su salud dental? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Qué le gustaría cambiar de su sonrisa?

Color Mordida Dientes astillados Espaciamiento Apiñamiento Cosmética de la sonrisa Dientes faltantes Dientes más blancos

Proporcione las siguientes fechas:

Su última limpieza ____/____ Su último examen para detectar cáncer oral ____/____ Sus últimas radiografías completas ____/____

¿Qué considera más importante acerca de su futura sonrisa y salud dental? _____

¿Qué considera más importante sobre su consulta odontológica de hoy? _____

¿Por qué dejó de consultar a su anterior dentista? _____

Nombre de su anterior dentista _____

00126.3



Historial odontológico (cont.) - Marque (x) cualquiera de los problemas que correspondan a su caso Nombre del paciente (letra de imprenta) _____

Apariencia

- Dientes descoloridos
- Dientes gastados
- Dientes deformados
- Dientes torcidos
- Espacios
- Sobremordida
- Dientes planos

Dolor/ Malestar

- Sensibilidad (calor, frío, dulces)
- Presión
- Empastes / Dientes rotos
- Dientes gastados
- Boca seca

Función

- Bruxismo
- Dolores de cabeza
- Dolor en la articulación maxilar (ATM)
- Chasquido/crujido de la articulación maxilar (ATM)
- Mala mordida
- Impedimento del habla
- Respiración bucal
- Dolor muscular (cuello, hombros)
- Dificultad para abrir o cerrar
- Dificultad para masticar ambos lados

Social

Tabaco: Cantidad _____

Desde cuándo _____

Frecuencia de consumo de alcohol _____

Frecuencia de consumo de drogas _____

Salud periodontal (encías)

- Sangrado, inflamación, irritación de encías
- Mal aliento
- Dientes flojos, desplazados, inclinados
- Enfermedad periodontal previa

Hábitos

- Chuparse el pulgar
- Morderse las uñas
- Morderse los labios/las mejillas
- Masticar hielo/elementos extraños

Patrón o trastornos del sueño

- Apnea del sueño
- Ronquidos
- Somnolencia diurna
- Enuresis nocturna (en niños)

Opciones anteriores de confort

- Óxido nitroso
- Sedación oral (pildora)
- Sedación intravenosa

Enumere los antecedentes familiares de los trastornos marcados:

Historial médico - marque (x) su respuesta para indicar si padece o ha padecido algo de lo siguiente

Cáncer

Tipo: _____]

- Quimioterapia
- Radioterapia

Cardiovascular

- Angina (dolor torácico)
- Válvula cardíaca artificial
- Enfermedades coronarias
- Cirugía cardíaca
- Presión arterial alta/baja
- Prolapso de la válvula mitral
- Marcapasos
- Fiebre reumática
- Escarlatina
- Accidente cerebrovascular

Endocrino

- Diabetes
- Hepatitis A/B/C
- Ictericia
- Enfermedad renal
- Enfermedad hepática
- Enfermedad tiroidea

Gastrointestinal

- Úlceras (estomacales)
- Enfermedad gastrointestinal

Hematológico/Linfático

- Anemia
- Trastornos de la sangre
- Propensión a desarrollar hematomas
- Sangrado excesivo

Mujeres

- Embarazada actualmente
- Lactante

Endocrino

- Diabetes
- Hepatitis A/B/C
- Ictericia
- Enfermedad renal
- Enfermedad hepática
- Enfermedad tiroidea

Gastrointestinal

- Úlceras (estomacales)
- Enfermedad gastrointestinal

Hematológico/Linfático

- Anemia
- Trastornos de la sangre
- Propensión a desarrollar hematomas
- Sangrado excesivo

Respiratorio

- Asma
- Enfisema
- Problemas respiratorios
- Problemas sinusales
- Apnea del sueño
- Tuberculosis

Infecciones virales

- SIDA
- VIH positivo
- VPH

Alergias médicas

- Antibióticos (Penicilina / Amoxicilina / Clindamicina)
- Opioides (Percocet, oxicodona, Tylenol 3)
- Látex
- Anestésicos locales
- Antiinflamatorios no esteroides

Otras alergias

- _____

Comentarios adicionales:



Historial Medico Continuación :

¿Está en tratamiento médico? S o N Si la respuesta es afirmativa, explique _____

Nombre del médico _____ Dirección: _____ Teléfono(_____) _____

En los últimos cinco años, ¿ha padecido alguna enfermedad grave, fue operado u hospitalizado? S o N, Si la respuesta es afirmativa, explique _____

¿Toma actualmente o ha tomado recientemente medicamentos recetados o de venta libre? S o N
 Si la respuesta es afirmativa, enumérelos a todos y explique el motivo de su ingesta. Incluya vitaminas, suplementos naturales o herbales y suplementos alimenticios _____

¿Tomó alguna vez o toma actualmente algún medicamento para la osteopenia/osteoporosis o enfermedades óseas? Si su respuesta es afirmativa, enumere los medicamentos: _____

¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía? Si su respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de cirugía? _____

Consentimiento:
 Por este medio, el abajo firmante autoriza al médico a tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías o cualquier otro método de diagnóstico que dicho médico considere pertinente a fines de llevar a cabo un diagnóstico minucioso de las necesidades dentales del paciente. También autorizo al médico a realizar toda y cualquier forma de tratamiento, medicación y terapia que pueda indicar. Asimismo comprendo que el uso de agentes anestésicos implica un riesgo. He leído, comprendo y acepto los términos y condiciones arriba citados.

_____ Firma del paciente/tutor legal

_____ Nombre en letra de imprenta

_____ Fecha

_____ Firma del dentista

Para ser completado por el dentista únicamente | Comentarios adicionales



Póliza financiera

Nombre del paciente (letra de imprenta) _____

Gracias por elegirnos como proveedores de asistencia odontológica. Nuestro compromiso es brindarle atención odontológica de la mejor calidad durante toda la vida para que su salud bucal alcance niveles óptimos. A continuación encontrará la declaración de nuestra póliza financiera, la cual le pedimos que lea, acepte y firme antes de someterse a cualquier tratamiento. El pago deberá completarse al momento de la prestación del servicio. Aceptamos dinero en efectivo, cheques personales, tarjetas de crédito y financiación de tercero

Marque con una tilde si desea recibir más información acerca de las opciones de financiamiento.

Tenga en cuenta lo siguiente: Los cheques devueltos estarán sujetos a cargos adicionales. En caso de que nuestro consultorio deba recibir asesoramiento legal y/o recurrir a un servicio de recaudación, usted será responsable de cubrir hasta el 35 % de dichos gastos por recaudación y/o cargos legales.

¿Está usted asegurado?

- Cabe destacar que, en calidad de proveedores de atención odontológica, mantenemos una relación con usted, nuestro paciente, no con su compañía aseguradora. Su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y su compañía aseguradora.
- Como cortesía lo ayudaremos a procesar todos los reclamos de seguros. Es necesario que comprenda que le proporcionaremos un cálculo estimativo del seguro; sin embargo, eso no garantiza que su seguro le pague exactamente lo estimado. Su compañía asegura y los beneficios de su plan determinarán la cantidad a pagar. Por supuesto, haremos todo lo que esté a nuestro alcance para asegurarnos de que el cálculo sea lo más preciso posible. En caso de que no se complete el pago en un plazo de 60 días, le solicitaremos que se contacte en persona con la compañía aseguradora para asegurarse de que se efectúe el pago previsto. En caso de que no se reciba el pago o su reclamo sea rechazado, usted será responsable de abonar la cantidad total en ese momento.
- Le pedimos que firme este formulario y/o cualquier otro documento que requiera y considere necesario la compañía aseguradora. El formulario ofrece instrucciones para que la aseguradora efectúe el pago directamente a nuestra clínica.
- Le solicitamos que pague el deducible y el copago, que es la cantidad estimada que no cubre su compañía aseguradora, en efectivo, con cheque, tarjeta de crédito o financiamiento a pacientes en el momento en que reciba el servicio.
- Cooperaremos plenamente con las reglamentaciones y solicitudes de su compañía aseguradora para ayudarlo en el reclamo del pago. Sin embargo, nuestra clínica no entrará en litigio con su compañía aseguradora por reclamos de ningún tipo.

Le agradecemos la oportunidad de atender sus necesidades de atención odontológica y estamos a su disposición para responder cualquier inquietud que pueda tener en relación con su atención o nuestra política de financiamiento.

Consentimiento:

He leído, comprendo y acepto los términos y condiciones arriba citados. Autorizo a mi compañía aseguradora a abonar mis beneficios para servicios odontológicos directamente a mi clínica dental. Comprendo que la responsabilidad de pago de los servicios odontológicos brindados en esta clínica a mí o mis dependientes recae en mí y que dichos servicios serán pagaderos contra prestación de los mismos a menos que se hayan dispuesto medidas financieras para tal fin. Comprendo además que se agregarán cargos financieros, de facturación, por comisiones de cobro y/o por honorarios de abogados a cualquier saldo vencido. Al firmar a continuación, usted nos autoriza a llamarlo a cualquiera de los números que nos haya proporcionado, incluidos su teléfono móvil o dispositivos similares, con cualquier propósito legal. También acepta pagar todo cargo o tarifa en los que pueda incurrir por llamada entrantes y/o por llamadas salientes, a o desde cualquiera de dichos números, sin derecho a recibir reembolso de nuestra parte.

Firma del paciente (si es menor de edad, de su padre/madre)

Fecha