FORMULARIO DE REGISTRO / HISTORIAL MÉDICO-DENTAL

REGISTRO DE PACIENTE PARA: _____

Dirección	
Teléfono	Enviado por
Otro familiar que se atiende en la clínica	Hora preferida para las citas
# de Seguro Social - -	Fecha de nacimiento / /

Medical Alert Sticker

Estado civil S M D W	Nombre del esposo(a)
Si es un menor, nombre del tutor	Dirección y teléfono
Persona responsable por los pagos (si no es el paciente)	Parentesco con el paciente
Dirección para envío de factura (si es diferente a la de arriba)	
Profesión	¿Puede recibir llamadas en el trabajo? ☐ Sí ☐ No
Nombre y número de teléfono del empleador	
PARA AVISAR EN CASO DE EMERGENCIA Pariente más cercano que no viva con usted – Nombre y número de teléfono	

INFORMACIÓN SOBRE SU SEGURO

	Compañía Primaria	Compañía Secundaria
Nombre de la Compañía de Seguro		
Dirección		
Teléfono		
Nombre del Asegurado/ Parentesco con el Paciente	/	/
Nombre del Grupo Titular de la Póliza o del Sindicato		
Núm. de Póliza de Grupo / Póliza Individual	/	/
En vigor desde/Tiempo límite para reclamaciones	/	/
Requiere un Pre-Estimado	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Forma de pago	☐ Usual y razonable ☐ A plazos ☐ Otro	☐ Usual y razonable ☐ A plazos ☐ Otro
Coseguro	Compañía _____ % Paciente _____%	Compañía _____ % Paciente_____ %
Deducible	☐ Sí ☐ No ☐ Individual ☐ Familiar ☐ Anual $ _____ ☐ Por vida $ _____	☐ Sí ☐ No ☐ Individual ☐ Familiar ☐ Anual $ _____ ☐ Por vida $_____
El plan cubre: Ortodoncia	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Otros		
Si se acepta el pago con tarjeta de crédito:	Nombre de la tarjeta:	
	Núm. de la tarjeta	Fecha de caducidad

FORMULARIO DE REGISTRO / HISTORIAL MÉDICO-DENTAL página 2

Historial Médico

INSTRUCCIONES:

"Entiendo que es importante contestar honestamente a las preguntas a continuación para recibir atención dental, y que las contestaré de acuerdo a mi mejor conocimiento. Me han informado que debo consultar con el médico o el personal de la consulta si no estuviera seguro sobre una pregunta en particular o su relación con mi estado de salud. Entiendo que debo responder a todas las preguntas. Me han asegurado que la información personal que yo ofrezca no se revelará sin mi permiso expreso."

Iniciales del paciente_____ Iniciales del dentista _____

Para que pueda recibir tratamiento en esta consulta deberá contestar todas las preguntas en este formulario de antecedentes médicos.

Las preguntas formuladas están relacionadas directamente al tratamiento seguro y eficaz que recibirá en la consulta, por lo tanto, debe contestar honestamente de acuerdo a su mejor conocimiento.

Debe hablar con el doctor si no entiende una pregunta, no sabe qué contestar o si no sabe si la pregunta tiene que ver con su condición médica.

Es posible que algunas preguntas no tengan relación alguna con su condición médica; en este caso debe escribir "N/A" (no aplica) en el espacio correspondiente.

Todas las preguntas deben ser contestadas y escritas en tinta (con bolígrafo).

Para hacer una evaluación precisa de su estado de salud actual, tal vez sea necesario que el dentista se comunique con su médico.

Se incluye en este formulario el "Permiso para divulgar información." Se le pedirá que lo firme en presencia de un miembro del personal de la consulta.

TODA LA INFORMACIÓN QUE USTED COLOQUE EN ESTE FORMULARIO, Y AQUELLA QUE SURJA DE CONSULTAS POSTERIORES CON EL DENTISTA Y LA QUE SE RECIBA DE SU MÉDICO O CUALQUIER OTRA FUENTE, SERÁ PROTEGIDA EN LA MÁS ESTRICTA CONFIDENCIA Y NO SE DIVULGARÁ SIN SU EXPRESA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO.

1. Nombre, dirección y número de teléfono de su médico_____

2. Fecha de su última visita al médico _____ Motivo de la visita_____

3. ¿Sufre usted alguna condición incapacitante? _____ Si su respuesta es afirmativa, por favor describa_____

_____

4. ¿Ha usado drogas ilegales alguna vez o usa drogas ilegales actualmente?_____ Si su respuesta es afirmativa, ¿qué tipo, cuándo las usó?_____

Nota: Existen fármacos y medicamentos que se usan en el cuidado dental de rutina, los cuales son incompatibles con varias drogas ilegales. El efecto de esta combinación puede ser peligroso para su salud o tener consecuencias fatales.

5. ¿Padece de SIDA, o es usted VIH positivo? _____ Si su respuesta es afirmativa, por favor describa e indique su estado actual.

_____

6. ¿Padece o ha padecido alguna vez una enfermedad venérea? _____ Si su respuesta es afirmativa, por favor describa._____

_____

7. ¿Padece o ha padecido alguna vez de hepatitis?_____ Si su respuesta es afirmativa, por favor describa._____

8. Para mujeres: ¿Está embarazada? _____ Si su respuesta es afirmativa, ¿cuál es su fecha de parto?_____

9. Para mujeres: ¿Está tomando píldoras anticonceptivas?_____

Nota: Existen fármacos y medicamentos que se usan en el cuidado dental de rutina, los cuales disminuyen la eficacia de las píldoras anticonceptivas.

10. ¿Está tomando algún fármaco o medicamento?_____Si su respuesta es afirmativa, anote el nombre, la dosis y su propósito.

_____

Nota: Existen muchos fármacos y medicamentos que cuando se combinan con otros pueden producir complicaciones, algunas de las cuales pueden resultar en graves problemas para la salud. La información acerca los fármacos y medicamentos que tome actualmente es de suma importancia.

11. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a medicamentos? _____ Si su respuesta es afirmativa, por favor describa._____

_____

12. ¿Ha bajado de peso recientemente? _____ Si su respuesta es afirmativa, por favor describa._____

¿Ha padecido o recibido tratamiento alguna vez para:

13. Fiebre reumática, cardiopatía reumática, soplo al corazón o cardiopatía congénita?_____

_____

14. Problemas cardíacos, ataque al corazón, angina, operación al corazón, tiene un marcapasos, tiene latidos cardíacos irregulares (arritmias)?_____

FORMULARIO DE REGISTRO / HISTORIAL MÉDICO-DENTAL página 3

Historial Médico [continuación]

15. Enfermedad estomacal o intestinal? _____
16. Presión arterial anormal, sangrado excesivo o anemia?_____
17. Problemas respiratorios, asma, tuberculosis o alergias?_____
18. CancerCáncer, radiografías o quimioterapia?_____
19. Diabetes?_____
20. Problemas a los riñones o diálisis renal?_____
21. Derrame cerebral (apoplejía), convulsiones o episodios de desmayo?_____
22. Tumores o quistes?_____
23. Artritis o reumatismo?_____
24. ¿Ha tenido alguna vez una operación seria? _____ Si su respuesta es afirmativa, por favor describa._____
25. ¿Ha sufrido alguna vez una lesión seria a la cabeza o al cuello? _____ Si su respuesta es afirmativa, por favor describa.
26. ¿Está en alguna dieta especial? _____ Si su respuesta es afirmativa, cuál es el motivo, por favor describa._____
27. ¿Fuma? _____ Si su respuesta es afirmativa, por favor describa el tipo y la cantidad que fuma._____
28. ¿Ha consultado alguna vez o ha sido tratado por un psiquiatra, psicólogo o consejero? _____ Si su respuesta es afirmativa, cuándo y por favor describa._____
29. ¿Consume bebidas alcohólicas? ___ Si su respuesta es afirmativa, indique la cantidad y frecuencia?_____
30. ¿Sabe usted si tiene algún otro problema(s) de salud?_____
31. Para niños menores de 10 años de edad: ¿Nació el niño por cesárea?_____
32. Para mujeres: ¿Está tomando actualmente algún medicamento de bifosfonato?_____
33. ¿Le han implantado alguna prótesis articular?_____
34. ¿Es ud alergico al Latex?_____
35. ¿Ha Ud notado si sus pies o tobillos estan inchados?_____
36. ¿Ha ud notado alguna glandula inflamada en su cuello?_____

Historial Dental

1. Nombre de su dentista anterior _____ Fecha de su última consulta (o serie de consultas) _____
2. Motivo de su última consulta (o serie de consultas) _____
3. ¿Tiene usted alguna de las radiografías o expedientes dentales?_____
4. ¿Tiene usted algún problema dental?_____

Las siguientes preguntas tratan sobre cualquier tratamiento dental previo:

5. ¿Se ha desmayado alguna vez?_____
6. ¿Ha tenido una reacción alérgica? _____
7. ¿Ha tenido sangrado anormal? _____
8. ¿Ha tenido alguna otra complicación durante o después de un tratamiento dental?_____ Si su respuesta es afirmativa, por favor describa._____
9. ¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes o cuando come?_____
10. ¿Se le queda comida entre los dientes?_____
11. ¿Ha notado si los dientes se han separado, tiene espacios entre los dientes que antes no tenía, nota que sus dientes sobresalen o que algunos se sienten flojos?_____

Historial Dental [continuación]

12. ¿Tiene algún diente o muela que esté muy sensible al calor, frío o presión?_____
13. ¿Rechina usted sus dientes o aprieta demasiado las mandíbulas?_____
14. ¿Siente dolor o un "clic" en la articulación de la mandíbula, cerca del oído?_____

_____

15. ¿Ha tenido alguna vez dolor en los músculos de la mandíbula? _____ Si su respuesta es afirmativa, por favor describa._____

_____

16. ¿Tiene alguna lesión o quistes en la boca?_____

_____

17. ¿Le duele algún diente?_____
18. ¿Tiene algún otro problema dental?_____

_____

Yo he dado respuestas precisas a las preguntas anteriores, de acuerdo a mis mejores conocimientos.

NOTA: Debe informar inmediatamente a la consulta sobre cualquier cambio en su estado de salud.

"Entiendo que debo avisar al dentista lo más pronto posible sobre cambios en el estado de mi salud durante el tratamiento dental."

Iniciales del paciente_____ Iniciales del dentista_____

Permiso para divulgar información médica

Autorizo al dentista para que entregue la información médica que le he dado, y también aquella información relacionada con mi tratamiento dental, a los seguros de terceros y/o profesionales de la salud.

Persona que llena el formulario: _____ Firma_____

Testigo _____ Nombre (letra de molde)_____

Si no es el paciente, indique el parentesco_____ Fecha _____/_____/_____

Revisión del historial dental realizada por el dentista, y hallazgos significativos _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma del Doctor_____ Fecha_____/_____/_____

© Dentists Advantage, 2010 © The National Society of Dental Practitioners, 2010

Dentists's Advantage y el NSDP proveen servicios de consulta para el manejo de riesgos, asistiendo al asegurado en completar sus responsabilidades controlando situaciones que involucran tratamientos dentales y que potencialmente puedan crear situaciones de perdida de produccion. La informacion en este documento no intenta sustituir consejos legales. Las leyes estan constantement siendo revisadas por las cortes y los estados y son diferentes en cada jurisdiccion. Para consejos legales relacionados con cualquier parte de este documento, es recomemdado a los dentistas el consultar con su abogado personal. La informacion es suministarda "tal cual" sin garantias de ningun tipo y Dentist's advantage y NSDP no asumen ninguna responsabilidad por la informacion ni data, ni por ninguna accion legal que ud decida emprender, ni por ningun diagnostico o tratamiento efectuado.