

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)

Nombre del asegurado _____
Empleador del asegurado _____
Fecha de nac. del asegurado _____
Compañía de seguros _____
Dirección de la compañía de seguros _____
N.º teléfono _____
N.º grupal _____ N.º local _____

Datos del seguro odontológico - Cobertura secundaria

Nombre del asegurado _____
Empleador del asegurado _____
Fecha de nac. del asegurado _____
Compañía de seguros _____
Dirección de la compañía de seguros _____
N.º teléfono _____
N.º grupal _____ N.º local _____

Dental History

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

What would you like to change about your smile?

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 _____

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

Pain/Discomfort

- 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

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)

Social

- Tabaco: Cantidad _____
Desde cuándo _____
- Frecuencia de consumo de alcohol _____
- Frecuencia de consumo de drogas _____

Opciones anteriores de confort

- Óxido nítrico
- Sedación oral (píldora)
- Sedación intravenosa

Enumere los antecedentes familiares de los trastornos marcados:

Medical History

- 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

Osteomuscular

- Artritis
- Articulaciones artificiales
- Dolor en la articulación maxilar
- Artritis reumatoide

Neurológico

- Ansiedad
- Depresión
- Mareos
- Alcoholismo / Drogadependencia
- Desmayos
- Convulsiones
- Enfermedad psiquiátrica

Respiratorio

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

Infecciones virales

- SIDA
- VIH positivo
- VPH

Mujeres

- Embarazada actualmente
- Lactante

Alergias médicas

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

Otras alergias

- _____

Comentarios adicionales:

¿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

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 refacturación, 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

Acuse de recibo de Aviso de Prácticas privadas

Objetivo: Este formulario se usa para obtener un acuse de recibo de nuestro Aviso de Prácticas privadas o para documentar nuestro esfuerzo de buena fe para obtener ese acuse.

**** Usted puede rehusarse a firmar este acuse****

Yo, _____, he recibido una copia del Aviso de privacidad de este consultorio.

Nombre del paciente (impreso)

Firma

Fecha

Autorización para divulgar información

Objetivo: Este formulario se usa para obtener autorización a fin de poder divulgar información personal a otras personas conforme a la Ley de privacidad.

Yo, _____, autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) a acceder a mi información personal conforme a la Ley de privacidad.

Nombre (impreso)

Relación

Nombre (impreso)

Relación

Nombre (impreso)

Relación

Para usar en el consultorio solamente

Tratamos de obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de Prácticas privadas, pero no fue posible porque:

El individuo se rehusó a firmar

- Barreras comunicacionales impidieron la obtención del acuse
- Una situación de emergencia impidió la obtención del acuse
- Otro (Por favor, especifique)
