

# 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 \_\_\_\_\_

# 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 \_\_\_\_\_

# 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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# 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

## 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)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_