



# 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 Roots Dental todos los beneficios del seguro, si lo 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

¿Le gustaría sus dientes más rectos? Si  No

¿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

¿Usted ronca? Si  No

¿Se despierta cansado?

¿Se despierta en las mañanas con dolores de cabeza?

¿Se le dificulta mantenerse despierto durante el día?

## HISTORIAL MÉDICO

Si No

- AIDS/HIV
- Anemia
- Ansiedad
- Artritis, Reumatismo
- Asma
- Problemas De Espalda
- Enfermedad De La Sangre
- Cancer
- Dependencia Química
- Quimioterapia
- Problemas De La Circulación
- Tratamiento De Cortisona
- Diabetes
- Enfisema
- Epilepsia
- Mareos o Desmayos
- Glaucoma
- Dolores De Cabeza
- Hepatitis Tipo \_\_\_\_\_

Si No

- Herpes
- Presión Sanguínea Alta
- Ictericia
- Enfermedad Del Riñón
- Enfermedad Del Hígado
- Presión Sanguínea Baja
- Problemas Del Sistema Nervioso
- Cuidado Psiquiátrico
- Tratamiento De Radiación
- Enfermedad Respiratoria
- Falta De Aliento
- Problemas Sinusales
- Glándulas De Cuello Hinchadas
- Problemas De La Tiroides
- Amigdalitis
- Tuberculosis
- Tumor / Crecimientos En La Cabeza
- Úlceras

Si No

- Válvulas Cardiacas Artificiales
- Articulaciones Artificiales
- Sangrado Anormal Después De La Cirugía
- Lesiones Congénitas Del Corazón
- Soplo Cardíaco
- Prolapso De La Válvula Mitral
- Marcapasos
- Fiebre Reumática
- Fiebre Escarlata
- Ataque Al Corazón
- ¿Premedicación necesaria para visitas dentales?
- ¿Está embarazada?

Otros problemas del corazón: \_\_\_\_\_

Otras condiciones médicas: \_\_\_\_\_

## MEDICAMENTOS

Enliste todos los medicamentos que toma actualmente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Médico de cabecera: \_\_\_\_\_

Domicilio del médico: \_\_\_\_\_

Teléfono del médico: \_\_\_\_\_

## ALERGIAS

	Si	No
Penicilina u Otros Antibióticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codeina u Otros Narcóticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anestesia Local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogas Sulfa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reacción a metales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otro / Detalles: \_\_\_\_\_

El firmante autoriza a los doctores y al personal de Roots 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 Roots 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: \_\_\_\_\_