

# REGISTRO E HISTORIAL ODONTOLÓGICO

## 1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha \_\_\_\_\_

SS/HIC/ID Paciente \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_  
 Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Sexo  M  F Edad \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Casado  Viudo  Soltero  Menor

Separado  Divorciado  En pareja durante \_\_\_\_\_ años

Empleador/Escuela del paciente \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Domicilio del empleador/escuela \_\_\_\_\_

Teléfono del empleador/escuela (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

SS# \_\_\_\_\_

Empleador del cónyuge \_\_\_\_\_

¿A quién podemos agradecer su referencia? \_\_\_\_\_

## 2 SEGURO ODONTOLÓGICO

¿Quién es responsable de esta cuenta? \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Compañía de seguros. \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_

¿El paciente está cubierto por algún seguro adicional?  Sí  No

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Compañía de seguros. \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_

### CESIÓN Y DIVULGACIÓN

Certifico que yo y/o mi(s) persona(s) a cargo contamos con cobertura de seguro de \_\_\_\_\_ y cedemos directamente al  
 Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros

Dr. **Shun Hsu** \_\_\_\_\_ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, de otro modo pagaderos a mí por servicios prestados. Comprendo que soy responsable desde el punto de vista financiero por todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los documentos del seguro.

El dentista arriba mencionado puede utilizar mi información sobre atención de salud y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguros arriba mencionadas y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un año después de la fecha de suscripción a continuación.

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

\_\_\_\_\_  
 Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente

## 3 NÚMEROS DE TELÉFONO

Hogar (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Trabajo del Cónyuge (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Mejor momento y lugar para contactarlo \_\_\_\_\_

**EN CASO DE EMERGENCIA, COMUNICARSE CON** (Especificar alguien que no viva en su hogar.)

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## 4 HISTORIAL ODONTOLÓGICO

Motivo de la visita de hoy _____	Ardor en la lengua <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sequedad de boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	Masticación en un lado de la boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor en la boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dentista Anterior _____	Fumar cigarrillo, pipa o cigarro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamiento de ortodoncia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ciudad/Estado _____	Chasquido o crujido mandibular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor alrededor del oído <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de la última consulta odontológica _____	Sequedad de boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamiento periodontológico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de últimos rayos X odontológicos _____	Comerse las uñas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sensibilidad al frío <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Marcar "sí" o "no" para indicar si experimentó:	Acumulación de comida entre los dientes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sensibilidad al calor <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Mal aliento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Objetos extraños <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sensibilidad a lo dulce <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sangrado de encías <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Rechinar de dientes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sensibilidad al morder <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ampollas en labios o boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Encías hinchadas o sensibles <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Llagas o protuberancias en la boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Dolor o cansancio mandibular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Con qué frecuencia utiliza hilo dental? _____
	Morderse los labios o las mejillas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____
	Dientes flojos o empastes rotos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	