

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. _____ 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
Dentista Anterior _____	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
Ciudad/Estado _____	Fumar cigarrillo, pipa o cigarro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamiento de ortodoncia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de la última consulta odontológica _____	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 últimos rayos X odontológicos _____	Sequedad de boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamiento periodontológico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Marcar "sí" o "no" para indicar si experimentó:	Comerse las uñas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sensibilidad al frío <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Mal aliento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	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
Sangrado de encías <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
Ampollas en labios o boca <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
	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	

5

HISTORIAL DE SALUD

Nombre del médico _____ Fecha de la última consulta _____

¿Alguna vez ha tomado alguno de los fármacos del grupo denominado en inglés "fen-phen"? Esto incluye combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres comerciales de la fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina). Sí No

Marcar "sí" o "no" para indicar si ha tenido:

SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sinusitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Erupción cutánea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis, reumatismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo cardiaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dieta especial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Válvulas cardiacas artificiales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas cardiacos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Apoplejía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Articulaciones artificiales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis tipo _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hinchazón de pies o tobillos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hinchazón de glándulas en cuello	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas lumbares	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión sanguínea alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sangrado anormal en caso de extracciones o cirugía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ictericia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad sanguínea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor mandibular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tumor o quiste en cabeza o cuello	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependencia de fármacos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlcera	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión sanguínea baja	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas circulatorios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prolapso de válvula mitral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pérdida de peso inexplicada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Lesiones cardiacas congénitas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas nerviosos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Tratamientos con cortisona	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Tos, persistente o con sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asistencia psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamiento de radiación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad respiratoria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Desmayos o mareos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre escarlata	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

¿Usa lentes de contacto? Sí No

Mujeres:

¿Está usted embarazada? Sí No

Fecha de parto _____

¿Está usted amamantando? Sí No

¿Toma píldoras anticonceptivas? Sí No

MEDICAMENTOS

Enumere los medicamentos que está tomando actualmente y el diagnóstico correspondiente:

Nombre de la farmacia _____

Teléfono (_____) _____

ALERGIAS

Aspirina

Anestésico local

Barbitúricos (Píldoras para dormir)

Penicilina

Codeína

Sulfa

Iodina

Otros _____

Latex

6

ACTUALIZACIONES (Completar en todas las consultas futuras)

¿Ha habido algún cambio en su estado de salud desde su última consulta odontológica? Sí No

¿En qué sentido? _____

¿Está tomando alguna medicación nueva? _____ ¿Cuál? _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del médico _____ Fecha _____

.....

¿Ha habido algún cambio en su estado de salud desde su última consulta odontológica? Sí No

¿En qué sentido? _____

¿Está tomando alguna medicación nueva? _____ ¿Cuál? _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del médico _____ Fecha _____

**Alta Dental Group
Leonides Sandoval DDS
813 Douglas Avenue Suite 5
Altamonte Springs, FL 32714
Tel: (407) 774-9872**

Informe De Medidas De Privacidad En Nuestra Practica

Yo entiendo que, bajo el acta de responsabilidad y portabilidad de seguro de la salud de 1996 (HIPPA), yo tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Yo entiendo que tal información puede ser y será usada para:

- Efectuar, planear y dirigir mi tratamiento y post-tratamiento entre los distintos proveedores de servicios médico-dentales que pudieran estar involucrados directa o indirectamente.
- Obtener pagos de terceros
- Conducir acciones normales relacionadas a cuidados medico dentales, tales como evaluación de calidad, y certificación de doctores.

Yo he recibido, leído y entiendo su informe de medidas de privacidad que contiene una descripción mas completa de los usos y divulgación de mi información médica. Entiendo que esta empresa tiene el derecho de cambiar este informe de medidas de privacidad de vez en cuando y que yo me puedo poner en contacto con esta empresa a la dirección de arriba para obtener una copia actualizada de su informe de medidas de privacidad.

Entiendo que yo puedo pedir por escrito que esta empresa restrinja la manera en que mi información médico-dental privada puede ser usada o divulgada para efectuar tratamientos, requerir pago o transacciones del area de la salud. Yo entiendo que esta empresa no esta obligada a concordar con mis requisitos de restricciones, pero en caso que concuerden, entonces estarán obligados a respetar tales restricciones.

Paciente _____

Relación con el paciente _____

Firma _____

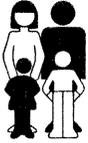
Fecha _____

Para uso de oficina

He intentado obtener la firma del paciente reconociendo que se le ha dado este informe de medidas de privacidad, pero no me resultó posible y lo he indicado abajo:

Fecha _____ Iniciales _____

Razón: _____



ALTA DENTAL GROUP

LEONIDES SANDOVAL, D.D.S., P.A.
813 DOUGLAS AVE., SUITE 5
ALTAMONTE SPRINGS, FL 32714
TELEPHONE: (407) 774-9872
WWW.ALTADENTAL.COM

INFORMACION IMPORTANTE DE SEGUROS DENTALES

ATENCION Pacientes de Alta Dental Group:

Esto es para informarle que si le quitan o cancelan su plan de seguro dental durante el curso o despues de que el Dr. Sandoval le haiga hecho un servicio o tratamiento dental, usted, el paciente, sera responsable por cualquier porcion que su seguro dental no page.

Nosotros anticipamos que el seguro dental page la porcion **ESTIMADA** que se le da usted en el plan de tratamiento(s) o en su estada de cuenta, pero si por alguna razon no paga o paga menos de lo que estimabamos, usted sera responsable de pagar esta diferencia.

No sabemos cuanto va a pagar el seguro dental hasta que ellos haigan recibido y procesado el cobro con los servicios que le haiga hecho el Dr. Sandoval, lo cual puede tomar 30 a 60 dias desde la fecha del tratamiento. En cuanto nosotros recibamos el pago del seguro, nosotros le informaremos haci sea por telefono o por correo de cualquier balance en su cuenta.

Firmando abajo, significa que usted ha leído y entendido esta informacion sobre su seguro dental.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente o
Padre si es Menor



ALTA DENTAL GROUP

LEONIDES SANDOVAL, D.D.S., P.A.

813 DOUGLAS AVE., SUITE 5
ALTAMONTE SPRINGS, FL 32714
TELEPHONE: (407) 774-9872
WWW.ALTADENTAL.COM

Yo entiendo que **si no asisto o cancelo mi cita con 24 horas de anticipación, seré responsable por el cargo de \$50.00.**

Nombre del paciente

Fecha

Firma del paciente