

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
_____	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 "si" 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 hito 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 cardíacas artificiales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas cardíacos	<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 cardíacas 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

<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Anestésico local
<input type="checkbox"/> Barbitúricos (Píldoras para dormir)	<input type="checkbox"/> Penicilina
<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/> Sulfa
<input type="checkbox"/> Iodina	<input type="checkbox"/> Otros _____
<input type="checkbox"/> 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 _____



Bissonnet Dental

Estimado paciente,

Bienvenido a **Bissonnet Dental**. Apreciamos la oportunidad de brindarle a usted y a su familia con el cuidado dental completo y cómodo. Nosotros le daremos el tratamiento de la más alta calidad en un ambiente cálido y cariñoso. Usted es muy importante para nosotros, y haremos todo lo posible para merecer su confianza como asociados interesados en su salud y bienestar.

Queremos que nuestros pacientes vivan con óptima salud oral. Podemos hacer esto mediante el desarrollo de una relación de largo plazo con cada paciente. Nuestro objetivo es brindar atención odontológica integral con atención especial a sus necesidades individuales de una manera oportuna y asequible. Queremos que las citas con nosotros sean cómodas y agradables para usted y su familia, con la mejor atención dental disponible.

Por favor complete el formulario de inscripción, sin olvidar su historia médica y alergias a los medicamentos que usted pueda tener.

Por favor complete el formulario de Portabilidad del Seguro de Salud y la Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPPA). A través de este formulario, usted autoriza a Bissonnet Dental a proporcionar o compartir información sobre su tratamiento o condición de su cuenta y/o el balance con su compañía de seguro dental. Un médico a terceras partes a las que se autoricen con la notificación de privacidad a partir de la fecha en que firmo este formulario.

Hacemos todo lo posible para reducir el costo de su cita. Usted puede ayudar a pagar el tratamiento en el momento de su cita. Para su mayor comodidad aceptamos Visa, MasterCard, Discover y American Express, así como dinero en efectivo y cheques.

Por favor notifique a nuestra oficina 24 horas antes de cambiar o cancelar su cita. Bissonnet Dental se reserva el derecho a cobrar una tarifa para las citas que no se mantienen o cambien dentro de este plazo de tiempo.

NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD (HIPPA)

Esta notificación describe cómo su información médica puede ser usada y revelada, y cómo usted puede tener acceso.

El Acta de Porte y Contabilidad de Seguro de 1996 (HIPPA) es un programa federal que requiere que todos los archivos médicos y/o cualquier información médica usada o requerida por nosotros de cualquier forma que sea provista: electrónica, en papel u oralmente, sea guardada de manera confidencial. Esta acta le da al paciente nuevos derechos para entender y controlar la manera de manejar su información.

HIPPA otorga penalidades a las entidades que hagan mal uso de la información personal, como requerimiento de HIPPA se ha preparado esta explicación de los requerimientos para mantener la privacidad de su información médica, y cómo podemos usarla y protegerla.

Nosotros podemos usar y divulgar su información médica solo para los siguientes propósitos: tratamiento, pago y operaciones de cuidado. Tratamiento significa proveer, coordinar o manejar cuidados de salud y servicios relacionados, por uno o más proveedores de salud. Pago envuelve actividades como el reembolso por servicios confirmados de cubrimiento, facturas o cuentas pendientes, y renovación de uso. Un ejemplo de esto sería enviar una carta de cobro a su compañía de seguro por razón de su visita.

Podemos crear y distribuir información médica removiendo todas las referencias que identifiquen al individuo.

Podemos contactarlo para recordar sus citas o darle información sobre tratamientos o cualquier otra información relacionada con beneficios y servicios que le puedan interesar. Cualquier otro uso o publicación será hecha sólo bajo autorización por escrito.

Nombre de Paciente: _____

Nombre del Tutor/Padre: _____

Mi información puede ser usada para información de las compañías de seguro médico y dental O: _____

YO AUTORIZO A REVELAR MI INFORMACION COMO SE DESCRIBE EN ESTA FORMA

Fecha: _____ Firma del Paciente/Tutor/Padre: _____