

# REGISTRO DEL PACIENTE E HISTORIA CLÍNICA

Fecha \_\_\_\_\_ (POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA) Teléfono Particular \_\_\_\_\_

Paciente \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Nombre Preferido \_\_\_\_\_

Dirección - Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Separado(a)  Divorciado(a)

Empleado(a) por \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador \_\_\_\_\_

Nombre del Cónyuge/Padre o Madre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Cónyuge/Padre o Madre \_\_\_\_\_

Cónyuge/Padre o Madre Empleado por \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador \_\_\_\_\_

¿Quién es responsable por esta cuenta? \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social del Cónyuge/Padre o Madre \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía del Seguro Dental \_\_\_\_\_ Grupo Número \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, ¿a quién se deberá notificar? \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿A quién podemos agradecer por habernos referido a Ud.? \_\_\_\_\_

## HISTORIA CLÍNICA

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Fecha del Último Examen Físico \_\_\_\_\_

¿Ha tenido Ud. alguna vez algo de lo siguiente? (marque las casillas que correspondan):

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco                                     | <input type="checkbox"/> Epilepsia                                    | <input type="checkbox"/> Dieta Especial                 |
| <input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Alta                             | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza                            | <input type="checkbox"/> Glándulas del Cuello Hinchadas |
| <input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Baja                             | <input type="checkbox"/> Hepatitis, Ictericia o Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática               |
| <input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios                            | <input type="checkbox"/> Cáncer                                       | <input type="checkbox"/> Problemas de la Sinus          |
| <input type="checkbox"/> Problemas Nerviosos                                | <input type="checkbox"/> Tratamiento Siquiátrico                      | <input type="checkbox"/> SIDA/HIV                       |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia                                       | <input type="checkbox"/> Prolapso de la Válvula Mitral                | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides      |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones o Válvulas del Corazón Artificiales | <input type="checkbox"/> Alergias a Anestésias                        | <input type="checkbox"/> Embolia Cerebral               |
| <input type="checkbox"/> Reciente Pérdida de Peso                           | <input type="checkbox"/> Alergias a Medicinas o Drogas                | <input type="checkbox"/> Úlcera                         |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la Espalda                            | <input type="checkbox"/> Alergias Generales                           | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas          |
| <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre                      | <input type="checkbox"/> Droga adicción                 |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias                         | <input type="checkbox"/> Artritis                                     | <input type="checkbox"/> Hemofilia                      |

¿Tiene Ud. alguna alergia a medicamentos, o ha tenido Ud. alguna vez una reacción adversa a algún medicamento? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué? \_\_\_\_\_

¿Ha reaccionado Ud. alguna vez adversamente a un tratamiento médico o dental? \_\_\_\_\_

¿Está tomando Ud. actualmente algún medicamento? \_\_\_\_\_ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? \_\_\_\_\_

¿Está Ud. bajo el cuidado de un médico?  Sí  No

¿Por el tratamiento de qué condiciones? \_\_\_\_\_

Si el paciente es un niño, ¿cuánto pesa el niño? \_\_\_\_\_

(Mujeres) ¿sospecha Ud. que está embarazada?  Sí  No ¿Está Ud. amamantando a un bebe?  Sí  No

¿Hay alguna otra cosa que nosotros debiéramos saber sobre su historia clínica? \_\_\_\_\_

La información de arriba es correcta y completa, a mi leal saber y entender, y se proporciona con el único objeto de que se use en mi tratamiento, para facturación, y para procesamiento ante el seguro de los beneficios a los que tengo derecho. Yo no haré responsable a mi dentista ni a ningún integrante de su personal por errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

(SIGUE AL DORSO)