

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE (CONFIDENCIAL)

NOMBRE \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO/PROVINCIA \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL/P.C. \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR \_\_\_\_\_ TELÉFONO PARTICULAR \_\_\_\_\_

NO. DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

MARQUE EL CUADRO CORRESPONDIENTE:  MENOR  SOLTERO(A)  CASADO(A)  DIVORCIADO(A)  VIUDO(A)  SEPARADO(A)

SI ES ESTUDIANTE UNIVERSITARIO A TIEMPO COMPLETO O PARCIAL,  
NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO/PROVINCIA \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL/P.C. \_\_\_\_\_

EMPLEADOR DEL PACIENTE O DEL PADRE O TUTOR \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN COMERCIAL \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO/PROVINCIA \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL/P.C. \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CÓNYUGE O DEL PADRE O TUTOR \_\_\_\_\_ EMPLEADOR \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

¿A QUIÉN LE PODEMOS AGRADECER POR DERIVARLO? \_\_\_\_\_

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

## PARTE RESPONSABLE

NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA \_\_\_\_\_ RELACIÓN CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE DOMICILIO \_\_\_\_\_

NO. DE LICENCIA DE CONDUCIR \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ NO. DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

EMPLEADOR \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

¿ESTÁ PERSONA ES ACTUALMENTE PACIENTE DE NUESTRA CONSULTA?  SÍ  NO

## INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

NOMBRE DEL ASEGURADO \_\_\_\_\_ RELACIÓN CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ NO. DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ FECHA DE EMPLEO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL EMPLEADOR \_\_\_\_\_ NO. DE SINDICATO O GREMIO LOCAL \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO/PROVINCIA \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL/P.C. \_\_\_\_\_

COMPAÑÍA DE SEGUROS \_\_\_\_\_ TELÉFONO # \_\_\_\_\_ NO. DE GRUPO \_\_\_\_\_ NO. DE PÓLIZA/IDENTIFICACIÓN \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO/PROVINCIA \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL/P.C. \_\_\_\_\_

¿DE CUÁNTO ES SU DEDUCIBLE? \_\_\_\_\_ ¿CUÁNTO HA USADO? \_\_\_\_\_ ¿BENEFICIO MÁXIMO ANUAL? \_\_\_\_\_

¿TIENE ALGÚN SEGURO ADICIONAL?  SÍ  NO SI LA RESPUESTA ES SÍ, LLENE LO SIGUIENTE:

NOMBRE DEL ASEGURADO \_\_\_\_\_ RELACIÓN CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ NO. DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ FECHA DE EMPLEO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL EMPLEADOR \_\_\_\_\_ NO. DE SINDICATO O GREMIO LOCAL \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO/PROVINCIA \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL/P.C. \_\_\_\_\_

COMPAÑÍA DE SEGUROS \_\_\_\_\_ TELÉFONO # \_\_\_\_\_ NO. DE GRUPO \_\_\_\_\_ NO. DE PÓLIZA/IDENTIFICACIÓN \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO/PROVINCIA \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL/P.C. \_\_\_\_\_

¿DE CUÁNTO ES SU DEDUCIBLE? \_\_\_\_\_ ¿CUÁNTO HA USADO? \_\_\_\_\_ ¿BENEFICIO MÁXIMO ANUAL? \_\_\_\_\_

ITEM 081-4582/18622 COLWELL 1.800.637.1140

X

SI ES MENOR DE EDAD, FIRMA DEL PADRE O TUTOR DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NÚMERO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

REGISTRO

# ANTECEDENTES MÉDICOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

AUNQUE EL PERSONAL DENTAL TRATA PRINCIPALMENTE EL ÁREA INTERNA Y ALREDEDOR DE LA BOCA, ÉSTA ES PARTE DEL CUERPO EN SU TOTALIDAD. LOS PROBLEMAS DE SALUD QUE PUEDE TENER, O LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA, PODRÍAN TENER UNA INTERRELACIÓN IMPORTANTE CON EL SERVICIO ODONTOLÓGICO QUE RECIBIRÁ. GRACIAS POR RESPONDER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

	SÍ	NO		SÍ	NO
1. ¿ESTÁ EN BUENAS CONDICIONES DE SALUD? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. ¿HA NECESITADO ALGUNA VEZ UNA TRANSFUSIÓN DE SANGRE? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿HA NOTADO ALGÚN CAMBIO EN SU ESTADO GENERAL DE SALUD DURANTE EL ÚLTIMO AÑO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. ¿HA BAJADO RECIENTEMENTE DE PESO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO: _____			12. ¿HA TOMADO ALGUNA VEZ FEN-PHEN/REDUX? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. NOMBRE DEL MÉDICO _____ DIRECCIÓN _____ NO. DE TELÉFONO _____			13. ¿FUMA TABACO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿ESTÁ BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. ¿USA O HA USADO SUSTANCIAS CONTROLADAS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿HA ESTADO HOSPITALIZADO ALGUNA VEZ POR ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O ENFERMEDAD GRAVE? EXPLIQUE. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. ¿ESTÁ USANDO LENTES DE CONTACTO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO(S) INCLUIDOS LOS MEDICAMENTOS SIN RECETA MÉDICA? SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUÉ MEDICAMENTOS ESTÁ TOMANDO? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. ¿TIENE TOS O ACLARACIÓN PERSISTENTE DE LA GARGANTA NO ASOCIADA CON UNA ENFERMEDAD CONOCIDA (QUE HAY A DURADO MÁS DE TRES SEMANAS)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿HA TENIDO ALGUNA HEMORRAGIA ANORMAL? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD, AFECCIÓN O PROBLEMA QUE NO SE HAYA INDICADO ANTES QUE CREA QUE DEBA SABER? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿SE HACE MORETONES CON FACILIDAD? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>SÓLO MUJERES:</b>		
			¿ESTÁ EMBARAZADA O CREE QUE PUEDA ESTARLO? ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			¿ESTÁ AMAMANTANDO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			¿ESTÁ TOMANDO PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SÍ	NO		SÍ	NO
<b>¿ES ALÉRGICO O HA TENIDO REACCIONES A:</b>			RONCHAS O SARPULLIDOS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANESTESIA LOCAL COMO LA NOVOCÁINA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EPISODIOS DE DESMAYOS O MAREOS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PENICILINA U OTRO ANTIBIÓTICO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIABETES? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEDICAMENTOS CON SULFA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA O INFECCIÓN DE VIH? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BARBITÚRICOS, SEDANTES O PÍLDORAS PARA DORMIR? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS A LA TIROIDES? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASPIRINA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALERGIAS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
YODO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ARTRITIS O REUMATISMO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALGÚN METAL (POR EJEMPLO, NÍQUEL, MERCURIO, ETC.)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IMPLANTE O REEMPLAZO DE ARTICULACIÓN? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LÁTEX/GOMA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ÚLCERA ESTOMACAL? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTROS (INDIQUE) _____			PROBLEMAS AL RIÑÓN? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>¿TIENE O HA TENIDO LO SIGUIENTE:</b>			TUBERCULOSIS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CARDIOPATÍA REUMÁTICA O FIEBRE REUMÁTICA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOS PERSISTENTE? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FIEBRE ESCARLATINA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOS CON SANGRE? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEFECTO CARDIACO O SOPLO CARDIACO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QUIMIOTERAPIA (CÁNCER, LEUCEMIA)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMAS CARDIACOS, ATAQUE CARDIACO O ANGINA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOLOR EN EL PECHO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EPILEPSIA O CONVULSIONES? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMAS PARA RESPIRAR? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ANEMIA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MARCAPASOS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GLAUCOMA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIRUGÍA CARDIACA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NERVIOSISMO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRESIÓN ARTERIAL ALTA/BAJA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AMIGDALITIS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMA CONGÉNITO DEL CORAZÓN? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TUMORES? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HINCHAZÓN DE PIES, TOBILLOS, MANOS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ATENCIÓN DE SALUD MENTAL? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HEPATITIS, ICTERICIA O ENFERMEDAD HEPÁTICA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS LUMBARES? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DERRAME CEREBRAL? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DEPENDENCIA DE FÁRMACOS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMAS SINUSALES? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROLAPSO DE LA VÁLVULA MITRAL? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMAS PULMONARES O RESPIRATORIOS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO CON CORTISONA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASMA O FIEBRE DEL HENO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HERPES LABIAL/AMPOLLAS POR FIEBRE? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			HIPOGLUCEMIA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ITEM 081-4608/18623 COLWELL 1.800.637.1140

NÚMERO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

# ANTECEDENTES MÉDICOS

# ANTECEDENTES DENTALES DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

RAZÓN DE ESTA VISITA \_\_\_\_\_

¿CUÁNDO FUE SU ÚLTIMA VISITA DENTAL? \_\_\_\_\_ ¿QUÉ LE HICIERON ENTONCES? \_\_\_\_\_

¿CON QUÉ FRECUENCIA VISITÓ AL DENTISTA ANTES DE ESO? \_\_\_\_\_

DENTISTA ANTERIOR (NOMBRE Y UBICACIÓN) \_\_\_\_\_

¿LE HAN HECHO UNA SERIE COMPLETA DE RADIOGRAFÍAS DENTALES (RAYOS X)? INDIQUE CUÁNDO Y DÓNDE \_\_\_\_\_

¿CON QUÉ FRECUENCIA SE CEPILLA LOS DIENTES? \_\_\_\_\_

¿CON QUÉ FRECUENCIA USA SEDA DENTAL EN LOS DIENTES? \_\_\_\_\_

¿EL AGUA POTABLE QUE USA ES FLUORADA? \_\_\_\_\_

	SÍ	NO		SÍ	NO
¿SANGRAN SUS ENCÍAS MIENTRAS SE CEPILLA O USA LA SEDA DENTAL? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿SE MUERDE LOS LABIOS O MEJILLAS CON FRECUENCIA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿SUS DIENTES SON SENSIBLES A LOS LÍQUIDOS O ALIMENTOS FRÍOS O CALIENTES? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿HA NOTADO ALGÚN DIENTE SUELTO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿SUS DIENTES SON SENSIBLES A LOS LÍQUIDOS O ALIMENTOS DULCES O AMARGOS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿QUEDA ATRAPADA LA COMIDA ENTRE SUS DIENTES? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿SIENTE DOLOR EN ALGUNO DE SUS DIENTES? ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿HA ESTADO EN TRATAMIENTO PERIODONTAL (ENCÍAS)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿TIENE ALGUNA LLAGA O BULTO EN LA BOCA O ALREDEDOR DE ELLA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ALGUNA VEZ USÓ UNA PLACA DE MORDIDA U OTRO APARATO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿HA TENIDO LESIONES EN LA CABEZA, CUELLO O MANDÍBULA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿HA TENIDO EXTRACCIONES DIFÍCILES EN EL PASADO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿HA EXPERIMENTADO CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS EN LA MANDÍBULA?			¿HA TENIDO ALGUNA VEZ UNA HEMORRAGIA PROLONGADA DESPUÉS DE UNA EXTRACCIÓN? ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CHASQUIDOS .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿USA PRÓTESIS TOTALES O PARCIALES? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOLOR			SI LA RESPUESTA ES SÍ, FECHA DE POSTURA _____		
(ARTICULACIÓN, OÍDO, COSTADO DE LA CARA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿HA RECIBIDO ALGUNA VEZ INSTRUCCIONES DE HIGIENE BUCAL CONCERNIENTE AL CUIDADO DE SUS DIENTES Y ENCÍAS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIFICULTAD PARA ABRIRLA O CERRARLA .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
DIFICULTAD PARA MASTICAR .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿TIENE DOLORES DE CABEZA FRECUENTES? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿APRIETA O RECHINA LOS DIENTES? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

SI PUDIERA CAMBIAR ALGO DE SU SONRISA, ¿QUÉ SERÍA? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN Y ENTREGA DE INFORMACIÓN**

CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y QUE COMPRENDO LA INFORMACIÓN ANTERIOR, A MI ENTENDER, LAS PREGUNTAS ANTERIORES SE HAN CONTESTADO EN FORMA PRECISA. COMPRENDO QUE PROPORCIONAR INFORMACIÓN INCORRECTA PUEDE SER PELIGROSO PARA MI SALUD. YO AUTORIZO AL DENTISTA A ENTREGAR CUALQUIER INFORMACIÓN INCLUIDO EL DIAGNÓSTICO Y REGISTROS DE TRATAMIENTO O EXÁMENES BRINDADOS A MÍ O A MI HIJO DURANTE EL PERÍODO DE ATENCIÓN DENTAL A TERCEROS PAGADORES Y/O A OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD. AUTORIZO Y

SOLICITO A MI COMPAÑÍA DE SEGUROS A PAGAR DIRECTAMENTE AL DENTISTA O GRUPO DE DENTISTAS LOS BENEFICIOS DEL SEGURO O DE LO CONTRARIO PAGADEROS A MI PERSONA. COMPRENDO QUE MI ASEGURADORA PUEDE PAGAR MENOS QUE LA CUENTA ACTUAL POR ESTOS SERVICIOS. ACEPTO HACERME RESPONSABLE DE LOS PAGOS DE TODOS LOS SERVICIOS PRESTADOS EN MI NOMBRE O MIS CARGAS.

X \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

SI ES MENOR DE EDAD, FIRMA DEL PADRE O TUTOR DEL PACIENTE

COMENTARIOS DEL MÉDICO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

NÚMERO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_