

# 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 \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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

Primario (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Otro telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

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

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

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Primario (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Otro telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## 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	

# 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

¿Usted está tomando (o ha tomado) medicación de bisfosfonatos (recetado para prevenir o tratar osteoporosis)? Nombres comerciales de bisfosfonatos incluyen Fosamax, Actonel, Atelvia y Boniva (tomados en forma de pastilla) Otros medicamentos incluyen Aredia, Bonefos, Didronel y Zometa, cuales a veces son administradas por inyección, y pueden ser recetados para terapia contra el cáncer para reducir el dolor de los huesos.  Sí  No

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

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

## Acuerdo Financiero

Nombre:

Cloudview Dental

3218 N. Grimes Hobbs, NM 88240

Gracias por elegirnos para su cuidado dental.

La practica dental de Cloudview Dental se compromete con politicas que reflejan su vision de excelencia. Este acuerdo tiene la intencion de ayudarlo alcanzar su nivel optimo de salud buccal. Para que Dr. Kotha y su personal lo atiendan mejor, es importante que acepte las siguientes politicas.

Políticas de tratamiento,

El Dr. Kotha ha diagnosticado y prescrito cuidadosamente su plan de tratamiento. El tratamiento incompleto conduce a complicaciones y enfermedades adicionales. Su salud oral es muy importante, por lo tanto, el Dr. Kotha le solicita que se comprometa a cumplir todo su tratamiento.

Políticas de citas,

Su cita esta reservada solo para usted. Es comprensible que ocurran emergencias. Su cita debe reprogramarse, comuniquese con nuestra oficina al menos UN DIA HABIL antes de su cita. Esto debe ser horas de trabajo. Si no sigue la politica, HABAR una tarifa de cancelacion de \$30.00 por cada cita perdida sin un dia HABIL antes de la notificacion. Si tiene un procedimiento de mas de 90 minutos, HABRA un deposito de \$200.00 al momento de la progamacion. Si no puede hacer la cita, favor de avisarnos con al menos de 72 horas de trabajo anticipacion. Si hace la cita, el deposito se DESTINARA a su visita; de lo contrario, se le COBRARA el dinero por interrumpir la cita sin avisarnos las 72 horas de trabajo.

Acuerdo Financiero,

Cloudview Dental es deligente en brindarle una excelente ODONTOLOGIA. A cambio, El espera que cumpla con su OBLIGACION financiera de manera RAPIDA y completa, TAMBIEN si el seguro deja ALGUN saldo, usted SERA financieramente responsable de todo su saldo en su cuenta.

Cloudview Dental se siente honrado de que nos elija para su cuidado de su salud buccal.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Cloudview Dental

3218 N. Grimes Hobbs NM 88240

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Direccion postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

ZIP(codigo postal): \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Contacto de **Emergencia**: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de edad: Padre/ Tutor Nombre: \_\_\_\_\_

Como prefieres que te contacten: Telefono/ Texto

Consentimiento del tratamiento del paciente \*\* por favor, lea el formulario de acuerdo por escrito en la parte antes de firmar\*\* Las autoridades abajo firmantes Cloudview Dental para presentar reclamaciones en nombre de los pacientes al seguro dental o otros terceros pagadores y para revelar informacion medica en la medida necesaria para obtener el pago. El abajo firmante Tambien asigna los beneficios pagados por el seguro o otros terceros pagadores directamente a Cloudview Dental. En consideracion a los servicios entales prestados, el abajo firmante asigna a Cloudview cualquier beneficio al que el abajo firmante pueda tener derecho a recibir, incluidos, entre otros, los beneficios adeudados o las reclamaciones que el abajo firmante tenga bajo o de conformidad con un plan de beneficios regido ERISA, 29 USC sec. 101 ET SEQ. Ha revisado la polittica financiera de Cloudview Dental como se indica en la parte posterior de este formulario y entiendo y acepto la responsabilidad de cooperar con estas politicas. Entiendo que sere responsable de los saldos finacieros resultanes del trato recibido que no sea pagado por mi compania de seguros o cualquier agencia externa. Mi firma reconoce que entiendo y acpeto el acuerdo. **\*\* Puedes negar a firmar este acuse de recibo\*\***

El firmante da su consentimiento para radiografias de rayos X, procedimientos de laboratorio, anestesia, pruebas de diagnosticos, tratamiento dental o otros procedimientos prestados al paciente bajo la supervision de dentista. Aunque el firmante puede optar por no someterse a ciertos procedimientos especificos, sin un diagnosticos o plan de tratamiento adedcuados.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Acuse De Recibo De Las Politicas De Privacidad

Cloudview Dental

3218 N. Grimes Hobbs NM 88240

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Tengo plena oportunidad de leer y considerar el contenido del aviso de politicas de provacidad. Entiendo que estoy dando mi permiso para usar y divulgar mi informacion medica protegida, como imagenes de rayos X, notas de la carta dental, con el fin de llevar a cabo tratamiento, actividades de pago, procedimientos de laboratorio y operaciones de Atencio medica.

Tambien entiendo que tengo el derecho a revocar el permiso.

Firma: \_\_\_\_\_