

NUMERO DE PACIENTE

© 1991 Wisconsin Dental Association  
(800) 243-4675

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_  
Apellido                      Nombre                      Inicial

Fecha \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

SI ES MENOR, NOMBRE DEL PADRE O MADRE \_\_\_\_\_  
Apellido                      Nombre                      Inicial

**1º COBERTURA DE SEGURO DENTAL**

¿COMO DESEA QUE LE LLAMEN? \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL EMPLEADO \_\_\_\_\_

Soltero  Casado  Separado  Divorciado  Viudo  Menor

FECHA DE NACIMIENTO DEL EMPLEADO \_\_\_\_\_

DOMICILIO - CALLE \_\_\_\_\_

EMPLEADOR \_\_\_\_\_ Nº AÑOS \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_  
ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA COMPAÑIA ASEGURADORA \_\_\_\_\_

DIRECCION DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

TELEFONO: DOMICILIO \_\_\_\_\_ TRABAJO \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

PACIENTE/PADRE O MADRE EMPLEADO POR \_\_\_\_\_

Nº DE PROGRAMA O POLIZA \_\_\_\_\_

POSICION ACTUAL \_\_\_\_\_ ANTIGÜEDAD \_\_\_\_\_

GRUPO O LOCAL DE LA UNION \_\_\_\_\_

CONYUGE/NOMBRE DEL PADRE O MADRE \_\_\_\_\_

NUMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

CONYUGE EMPLEADO POR \_\_\_\_\_

**2º COBERTURA DE SEGURO DENTAL**

CARGO ACTUAL \_\_\_\_\_ ANTIGÜEDAD \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL EMPLEADO \_\_\_\_\_

RESPONSABLE DE ESTA CUENTA \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO DEL EMPLEADO \_\_\_\_\_

METODO DE PAGO: Seguro  Tarjeta de crédito  Efectivo

EMPLEADOR \_\_\_\_\_ Nº AÑOS \_\_\_\_\_

PROPOSITO DE LA VISITA \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA COMPAÑIA ASEGURADORA \_\_\_\_\_

OTROS FAMILIARES ATENDIDOS AQUI \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

¿QUIEN LO HA ENVIADO A ESTE CONSULTORIO? \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE/PADRE O MADRE \_\_\_\_\_

Nº DE PROGRAMA O POLIZA \_\_\_\_\_

NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL CONYUGE/PADRE O MADRE \_\_\_\_\_

GRUPO O LOCAL DE LA UNION \_\_\_\_\_

PERSONA A QUIEN NOTIFICAR EN CASO DE URGENCIA, QUE NO VIVA CON USTED \_\_\_\_\_

NUMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION:**

Por la presente autorizo al dentista a realizar los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que sean necesarios para prestar una atención odontológica adecuada.

Autorizo la difusión de la información relativa al cuidado de la salud, el asesoramiento y el tratamiento míos propios (o de mi hijo) que sean prestados con el propósito de evaluar y administrar los reclamos de los beneficios de seguro.

Autorizo la difusión a otro dentista de la información relativa al cuidado de la salud, el asesoramiento y el tratamiento míos propios (o de mi hijo).

Autorizo por la presente el pago de beneficios de seguro directamente al dentista o grupo dental, que de otra manera serían pagaderos a mi nombre.

Entiendo que la empresa o pagador del seguro médico dental correspondiente a mis beneficios odontológicos puede pagar un monto inferior al de la factura por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de pagar por completo todas las cuentas. Al firmar esta declaración, anulo todos los otros acuerdos anteriores en contrario y acepto ser responsable por el pago de los servicios que no sean pagados, ya sea total o parcialmente, por la empresa de seguro dental.

Certifico la exactitud de la información en esta página.

FIRMA DEL PACIENTE O DEL TUTOR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**REGISTRACION**

**NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE**

Apellido
Nombre
Inicial
Fecha de nacimiento

1. Propósito de la visita \_\_\_\_\_
2. ¿Está usted consciente de algún problema? \_\_\_\_\_
3. ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde su última visita al dentista? \_\_\_\_\_
4. ¿Qué tratamiento se realizó en ese momento? \_\_\_\_\_
5. Nombre del dentista anterior \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Tel. ( ) \_\_\_\_\_
6. ¿Cuándo le limpiaron los dientes en el consultorio por última vez? \_\_\_\_\_

**COMENTARIOS**

**CIRCUNDE LA RESPUESTA APROPIADA**

7. ¿Ha efectuado usted visitas regularmente? ..... SI NO  
 ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
8. ¿Se tomaron radiografías dentales? ..... SI NO
9. ¿Ha perdido usted o se le ha extraído algún diente? ..... SI NO  
 ¿Por qué? \_\_\_\_\_
10. ¿Han sido reemplazados? ..... SI NO
11. ¿Cómo han sido reemplazados? ..... SI NO
  - a. Puente fijo \_\_\_\_\_ Antigüedad \_\_\_\_\_
  - b. Puente retirable \_\_\_\_\_ Antigüedad \_\_\_\_\_
  - c. Dentadura postiza \_\_\_\_\_ Antigüedad \_\_\_\_\_
12. ¿Está usted satisfecho con el reemplazo? ..... SI NO  
 Si no es así, explique \_\_\_\_\_
13. ¿Desea usted información sobre reemplazos permanentes? ..... SI NO
14. ¿Ha tenido usted alguna vez problemas o complicaciones con tratamientos dentales anteriores? ..... SI NO  
 Si es así, explique \_\_\_\_\_
15. ¿Suele usted morder en falso o apretar los dientes? ..... SI NO
16. ¿Siente usted que su mandíbula hace ruido? ..... SI NO
17. ¿Ha experimentado dolor o irritación en los músculos, en la cara o cerca del oído? ..... SI NO
18. ¿Sufre usted frecuentemente de dolor de cabeza, cuello u hombros? ..... SI NO
19. ¿Quedan partículas de comida retenidas entre sus dientes? ..... SI NO
20. ¿Son sus dientes sensibles al calor \_\_\_\_\_ al frío \_\_\_\_\_ a los dulces \_\_\_\_\_ a la presión? \_\_\_\_\_
21. ¿Le duelen o sangran las encías? ..... SI NO  
 ¿Cuándo? \_\_\_\_\_
22. ¿Com que frecuencia se cepilla los dientes? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_
23. ¿Utiliza usted hilo dental? ..... SI NO  
 ¿Com que frecuencia? \_\_\_\_\_
24. ¿Tiene usted dientes flojos, torcidos o desplazados? ..... SI NO
25. ¿Está usted satisfecho con el aspecto de sus dientes? ¿Tiene usted dientes descoloridos que le molesten? ..... SI NO
26. ¿Cómo se siente acerca de sus dientes en general? \_\_\_\_\_
27. ¿Siente usted que a veces tiene mal aliento? ..... SI NO
28. ¿Ha tenido usted un tratamiento u operación de encías? ..... SI NO  
 ¿Qué tipo? \_\_\_\_\_  
 ¿Dónde? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo? \_\_\_\_\_
29. ¿Ha tenido usted tratamiento ortodóncico? ..... SI NO
30. ¿Ha tenido usted experiencias odontológicas desagradables o hay algo que le desagrada de la odontología? \_\_\_\_\_
31. ¿Tiene usted preguntas o preocupaciones? ..... SI NO

CERTIFICO QUE LA INFORMACION ANTERIOR ES COMPLETA Y EXACTA.

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL DENTISTA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

ANESTESIA

ALERTA MEDICA

# ANTECEDENTES DENTALES

NOMBRE Y APELLIDO  
DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

Apellido

Nombre

Inicial

Fecha de nacimiento

CIRCULE LA RESPUESTA APROPIADA

COMENTARIOS

1. Nombre del médico \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_
2. ¿Está usted bajo cuidado médico? ..... SI NO  
¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_
3. ¿Cuándo fue su último examen físico completo? \_\_\_\_\_
4. ¿Está usted tomando medicinas? ..... SI NO
5. ¿Toma usted periódicamente sustancias que afecten la salud? ..... SI NO
6. ¿Es usted alérgico a alguna medicina o sustancia? ..... SI NO
7. ¿Tiene usted alguna otra alergia? ..... SI NO
8. ¿Tiene usted problemas con la penicilina, los antibióticos,  
los anestésicos o alguna otra medicina? ..... SI NO  
¿Es usted sensible a los metales o al látex? ..... SI NO
10. Si usted es mujer, ¿está embarazada o cree que puede estarlo? ..... SI NO
11. ¿Utiliza usted medicamentos para el control de la natalidad? ..... SI NO
12. ¿Ha sido usted tratado por enfermedades cardíacas o se le ha  
dicho que podría padecerlas? ..... SI NO  
¿Tiene usted un marcapasos o una válvula cardíaca artificial? ..... SI NO
14. ¿Ha tenido alguna vez fiebre reumática? ..... SI NO
15. ¿Padece usted de murmullo cardíaco? ..... SI NO
16. ¿Ha tenido usted alguna enfermedad u operación grave? ..... SI NO  
Si es así, explique \_\_\_\_\_
17. ¿Ha tenido usted tratamiento con radiación o quimioterapia  
para combatir un tumor, un crecimiento u otra condición? ..... SI NO
18. ¿Tiene usted presión alta o presión baja? ..... SI NO
19. ¿Padece usted de enfermedades inflamatorias, como artritis o reumatismo? ..... SI NO
20. ¿Tiene usted articulaciones artificiales o usa prótesis? ..... SI NO
21. ¿Tiene usted alteraciones de la sangre, como anemia, leucemia, etc.? ..... SI NO
22. ¿Ha sangrado alguna vez excesivamente después de cortarse o lastimarse? ..... SI NO
23. ¿Tiene algún problema estomacal? ..... SI NO
24. ¿Tiene problemas renales? ..... SI NO
25. ¿Tiene problemas hepáticos? ..... SI NO
26. ¿Es diabético? ..... SI NO
27. ¿Padece de asma? ..... SI NO
28. ¿Tiene epilepsia o ataques nerviosos? ..... SI NO
29. ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad venérea? ..... SI NO
30. ¿Se le ha diagnosticado que es HIV positivo? ..... SI NO
31. ¿Tiene usted SIDA? ..... SI NO
32. ¿Ha tenido hepatitis o tiene anticuerpos contra esa enfermedad? ..... SI NO
33. ¿Tiene o ha tenido tuberculosis? ..... SI NO
34. ¿Fuma o mastica tabaco, usa rapé o consume alguna otra variedad del tabaco? ..... SI NO
35. ¿Consume usted bebidas alcohólicas? ..... SI NO
36. ¿Utiliza habitualmente sustancias controladas? ..... SI NO
37. ¿Ha estado usted bajo tratamiento psiquiátrico? ..... SI NO
38. ¿Tiene usted alguna enfermedad, condición o problema no mencionado aquí?  
Si es así, explique \_\_\_\_\_
39. ¿Hay algo que debemos saber sobre su salud y que no hayamos preguntado en este formulario?
40. ¿Desearía usted hablar en privado con el dentista acerca de algún problema? ..... SI NO

CERTIFICO QUE LA INFORMACION ANTERIOR ES COMPLETA Y EXACTA.

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DENTISTA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

ANESTESIA

ALERTA MEDICA

# ANTECEDENTES MEDICOS