

PACIENTE

Nombre _____		Nombre _____	
Apellido _____		Dpto. N° _____	
Dirección _____		Código postal _____	
Ciudad _____		Código postal _____	

¿Cuánto tiempo ha vivido en esta dirección? _____

Teléfono _____	Cel. _____
Correo electrónico _____	
N° de Seg. Social _____	
N° de Lic. de Conducir _____	
Edad _____	Fecha de nac. _____

PARTE RESPONSABLE (Si es igual a In anterior, no completar)

Nombre _____		Nombre _____	
Apellido _____		Dpto. N° _____	
Dirección _____		Código postal _____	
Ciudad _____		Código postal _____	

¿Cuánto tiempo ha vivido en esta dirección? _____

Parentesco con el paciente _____	
N° de Seg. Social _____	N° de Lic. de Conducir _____
Edad _____	Fecha de nac. _____

EMPLEO

Ocupación _____
Empleador _____

¿Durante cuánto tiempo? _____

Dirección comercial _____	
Ciudad _____	Código postal _____
Tel. comercial _____	Ext. N° _____

PERSONA A QUIEN CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre _____	Tel. _____
--------------	------------

¿Cómo se enteró de esta institución?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Familiar/amigo | <input type="checkbox"/> Periódico | <input type="checkbox"/> Radio |
| <input type="checkbox"/> Letrero | <input type="checkbox"/> Calcomanía de la institución | <input type="checkbox"/> Páginas amarillas |
| <input type="checkbox"/> Cartelera | <input type="checkbox"/> Correo postal | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Folleto/cupón | <input type="checkbox"/> directo | <input type="checkbox"/> Anuncio del web |
| <input type="checkbox"/> Plan de seguro | <input type="checkbox"/> Televisión | <input type="checkbox"/> Sitio web |

¿Algún miembro de su familia necesita atención dental?
Si es así, indique el nombre y el parentesco:

--

¿Quién te recomendó? _____

SEGURO / PLAN DENTAL

Nombre del plan _____	
Dirección _____	
Ciudad _____	Código postal _____
N° telefono del plan/seguro _____	

Nombre del asegurado _____		
Sindicato _____	Grupo N° _____	Plan N° _____
N° de Seg. Social _____	Fecha de nac. _____	

SEGURO / PLAN DENTAL

Nombre del plan _____	
Dirección _____	
Ciudad _____	Código postal _____
N° telefono del plan/seguro _____	

Nombre del asegurado _____		
Sindicato _____	Grupo N° _____	Plan N° _____
N° de Seg. Social _____	Fecha de nac. _____	

1. Certifico que la información brindada es precisa y se confiará en ella para otorgar crédito y proporcionar servicios dentales. Entiendo que soy el responsable financiero de los costos que por cualquier motivo no estén cubiertos ni pagados por mi seguro. 2. Al firmar abajo los autorizo a verificar la información sobre mi y sobre cualquier otro solicitante y a intercambiar dicha información, incluso a solicitar informes a agencias de informes crediticios. 3. Autorizo el pago directo al odontólogo de todos los beneficios del seguro grupal que, de otro modo, se me pagarían a mí. 4. Entiendo que soy el responsable financiero de cualquier costo no cubierto por esta autorización. Autorizo la revelación de todo tipo de información relacionada con cualquier tipo de reclamos dentales. Entiendo que este consultorio dental es propiedad de un odontólogo independiente y es administrado por dicha persona. Admito que cada dentista es el responsable individual de la atención dental que me otorga y que ningún otro dentista o entidad corporativa es responsable de mi tratamiento dental.

--

Firma da la parte responsable o del paciente _____ Fecha _____
(Padre/madre si el paciente es menor de edad)



Historia Clinica Dental

Fecha _____

Nombre _____

Fecha de nac. _____

Edad _____

Apellido

Nombre

Razón de la visita _____

Otro _____

¿Padece de alguna otra afección sobre la cual debamos saber? _____

☐ Si ☐ No

¿Cuándo fue por última vez a un dentista? _____

¿Qué tratamiento le realizó? _____

¿Terminó el tratamiento? _____

¿Cuándo se realizó una radiografía? _____

¿Se hizo una limpieza? _____

☐ Si ☐ No

¿Se ha realizado un tratamiento para las encías (periodontal)? _____

☐ Si ☐ No

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

☐ Problemas con tratamientos dentales previos

☐ Una hemorragia prolongada después de una extracción

☐ Rechinan los dientes,

☐ Aprieta mucho los maxilares

☐ Síntomas cerca de los oídos como "clicks"

☐ Disfunción de la articulación temporomaxilar (TMD o TMJ)

Especifique _____

HISTORIA CLINICA

¿Está recibiendo atención médica? _____

☐ Si ☐ No

Especifique _____

Nombre del médico _____

Tel. _____

Es alérgico a la penicilina, la codeína, los anestésicos locales, los tranquilizantes o algún otro medicamento? _____

¿Está tomando algún medicamento en este momento (incluidos anticonceptivos)? _____

¿Está embarazada? Si es sí, especifique de cuántos meses: _____

¿Padece algún otro problema de salud que deberíamos tener en cuenta? _____

¿Tuvo o tiene alguna de las siguientes enfermedades?

☐ Válvula cardíaca artificial

☐ Quimio/radioterapia

☐ Glaucoma

☐ Enfermedad renal

☐ Fiebre reumática

☐ SIDA/VIH+

☐ Cirugía estética

☐ Ataque cardíaco

☐ Alergia a latex

☐ Problemas en senos nasales

☐ Anemia

☐ Diabetes

☐ Cirugía cardíaca

☐ Problemas hepáticos

☐ La apnea del sueño

☐ Anginas

☐ Mareos o desmayos

☐ Problemas cardíacos

☐ Presión arterial baja

☐ Tabaquismo

☐ Artritis

☐ Adicción a drogas

☐ Hepatitis

☐ Enfermedad pulmonar

☐ TMD o TMJ

☐ Asma

☐ Epilepsia

☐ Presión arterial alta

☐ Phen-Fen

☐ Derrame cerebral

☐ Hemorragias

☐ Prob. de tiroides

☐ Ictericia

☐ Marcapasos

☐ Tuberculosis

☐ Cáncer

☐ Enfisema

☐ Reemplazo de articulación

☐ Atención Psiquiátrica

☐ Enfermedad venérea

Coment. del médico _____

He respondido todas las preguntas en su totalidad y con precisión, según mi leal saber y entender, informaré a mi odontólogo de cualquier cambio en mi salud y medicación. Certifico también que doy consentimiento para realizarme radiografías y un examen oral.

Firma del paciente

Fecha

Firma del médico

(Padre/madre si el paciente es menor de edad)

ACTUALIZACIÓN MÉDICA:

Firma del paciente

Firma del médico

Fecha

Firma del paciente

Firma del médico

Fecha



ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**** USTED PUEDE NEGARSE A FIRMAR ESTE RECONOCIMIENTO ****

Yo, _____ he recibido una copia de las prácticas de
privacidad de esta oficina favor imprima nombre

Firma

Fecha

PARA USO DE LA OFICINA

Se intentó obtener dicho acuse de recibo de nuestro Aviso de prácticas de privacidad,
pero no se pudo obtener debido a que:

_____ Individuo rehusó firmar

_____ **Barrera Comunicación prohibido** firmar el acuse de recibo

_____ Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación

