

Nombre del paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

REGISTRO DENTAL e HISTORIA

Fecha de hoy: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____		Numero de Seguro Social _____	
Apellido	1-Nombre	2-Nombre	
Dirección:			
Ciudad:		Estado:	Codigo Postal:
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Edad:	Fecha De Nacimiento:	Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>
		Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/>	
Teléfono de Casa:		Teléfono Célular:	
eMail correo Electrónico:			
Empleador:		Ocupación:	
Dirección del empleador (trabajo):		Teléfono del empleador (trabajo):	
A quien podemos agradecer por referirlo?			
En caso de emergencia, quien debe ser notificado?		Teléfono 1:	
Nombre:		Teléfono 2:	

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Persona Responsable de la Cuenta: _____		
apellido	1-Nombre	2-Nombre
Relación con el Paciente:	Fecha De Nacimiento:	Numero de Seguro Social:
Dirección (Si es diferente a la del paciente)		Teléfono 1:
		Teléfono 2:
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Nombre del Empleador:	Ocupación:	
Dirección del empleador:	Teléfono del empleador:	
Nombre del Seguro:	Número de Contacto:	
Número de Grupo:	Número de suscriptor (identificación):	

Nombre del paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

ADICIONAL SEGURO

¿Este paciente esta cubierto por un Seguro adicional **Sí** **No** (Si no, pase al resto de esta sección)

Nombre _____
del suscriptor: Apellido 1- Nombre 2-Nombre

Relación con el Paciente: Fecha De Nacimiento: Numero de Seguro Social:

Dirección (Si es diferente a la del paciente) Teléfono 1:
Teléfono 2:

Ciudad: Estado: Codigo Postal:

Empleador: Numero de Teléfono:

Nombre del Seguro:

Número de Contacto: Número de Grupo: Número de Suscriptor:

Los nombres de otros dependientes cubiertos por este plan:

AUTORIZACION CESIÓN Y LIBERACIÓN

Autorizo y certifico que yo (o mi dependiente) tenemos cobertura de seguro con

(nombre de compañía de seguros)

y asigno directamente a Dr. J.T. Bae & Associates todos los beneficios del seguro, de otro modo serán pagados por mi los servicios recibidos. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos aunque no sean pagados por mi seguro. Autorizo al doctor a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de los servicios rendidos. Autorizo al usuario de esta firma en todas las presentaciones de seguros.

Firma del Responsable

Relación

Fecha

Entiendo que J.T. BAE, D.D.S. Y ASOCIADOS se reserva el derecho de cobrar una tarifa por cualquier cita perdida o cancelada con menos de cuarenta y ocho (48) horas de anticipacion. También entiendo que después de tres (3) citas perdidas en un período de doce (12) meses, me vere obligado a buscar otra oficina dental.

Iniciales:

Nombre del paciente: _____

Fecha De Nacimiento: _____

HISTORIA DENTAL DEL PACIENTEMotivo de la
visita de hoy:Dentista
anterior:Dirección
Teléfono:Motivo por el que dejó
su dentista anterior:

Indica las fechas aproximadas de abajo para...

Última visita dental
(Last Dental Visit)Último examen dental
(Last Dental Exam)Último Rayos-X Completas
(Last Full X-Rays)Última Limpieza
(Last Cleaning)

¿Alguna vez ha tenido problemas graves con su tratamiento dental? **Sí** **No**

En caso afirmativo, por favor explique: (Serious problems with past dental treatment):

¿Tiene o ha sido alguna vez tratado por:**Sí No**

Mal Aliento? (Bad Breath)

Encías que sangran cuando se cepilla / o usa el hilo dental? (Bleeding Gums when Brush/Floss)

Tratamiento Periodontal? (Periodontal Treatment)

Problemas mandibulares (click o pop en su mandíbula)? (Clicking or Popping Jaw)

Rechinar sus dientes (dolores de cabeza)? (Grinding Teeth/Headaches)

Dolor de los músculos faciales? (Pain, Soreness of Facial Muscles)

Acumulacion de alimentos entre los dientes? (Food Collecting Between Teeth)

Dientes flojos o empastes rotos? (Loose Teeth or Broken Fillings)

Sensibilidad a lo frío? (Sensitivity to Cold)

Sensibilidad a lo caliente? (Sensitivity to Hot)

Sensibilidad a lo dulce? (Sensitivity to Sweets)

Sensibilidad al Morder? (Sensitivity to Biting)

Úlceras o crecimientos en la boca? (Sores or Growths in Your Mouth)

¿Tiene implantes dentales? (Dental Implants)

¿Está satisfecho con su sonrisa? (Happy with your smile)

 HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

Responda a las siguientes preguntas y nos proporcionará un conocimiento profundo de su condición física sobre las recomendaciones adecuadas respecto a su cuidado dental. Esta información es estrictamente confidencial. Gracias por contestar todas las preguntas en detalle. Recuerde que debe incluir toda la información, incluso si usted no cree que sea importante.

¿Tiene o ha sido alguna vez tratado por:	Sí No	¿Tiene o ha sido alguna vez tratado por:	Sí No
Paro Cardíaco (Heart Failure)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Presión baja (Low Blood Pressure)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Enfermedad del Corazón (Heart Disease)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Historia de Desmayo (History of Fainting)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ataque al Corazón (Heart Attack)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fiebre Reumática (Rheumatic Fever)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Soplo en el Corazón* (Heart Murmur)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lesiones Congénitas del Corazón* (Congenital Heart Lesions)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Prolapso de la Válvula Mitral (Mitral Valve Prolapse)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fiebre Escarlatina (Scarlet Fever)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Nombre del paciente: _____

Fecha De Nacimiento: _____

¿Tiene o ha sido alguna vez tratado por:	Sí No		¿Tiene o ha sido alguna vez tratado por:	Sí No	
	Hipertension (High Blood Pressure)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Enfermedades sexuales (Sexually Transmitted Disease)
Marcapasos Cardíaco (Heart Pacemaker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia (Epilepsy or Seizures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía de Corazón (Heart Surgery)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nerviosismo (Nervousness)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvula Cardíaca Artificial (Artificial Heart Valve)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento Psiquiátrico (Psychiatric Treatment)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Régimen de Phen/Fen (Phen/Fen Regimen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usted Fuma? (Do You Smoke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unión Artificial (Artificial Joint)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Desórdenes de coagulación (Bleeding Disorders)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	* ¿Es necesario tomar antibióticos antes del tratamiento dental? En caso afirmativo, indique el nombre del antibiótico:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasgo de Célula de Hoz (Sickle Cell Trait)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Transfusión de Sangre (Blood Transfusion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Enfisema (Emphysema)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Tos (Cough)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Derrame cerebral (Stroke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reacción alérgica (urticaria o hinchazón) a:		
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Sí
Asma (Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acrílico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre del Heno (Hayfever)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Penicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de sinusitis (Sinus Trouble)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erytromycina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias o Urticaria (Allergies or Hives)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sulfa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Codeína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Tiroides (Thyroid Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas renales / Problemas de Glándula Pituitaria (Adrenal/Pituitary Problems)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anestesia local (Novocaina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamiento de RAYO X o de Cobalto (X-Ray or Cobalt Treatment)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quimioterapia (Chemotherapy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros (i.e., fruta, nuez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer o Leucemia (Cancer or Leukemia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Artritis (Arthritis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si usted es mujer, ¿esta usted:	Sí	No
Reumatismo (Rheumatism)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embarazada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dando de lactar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tomando pastillas anticonceptivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tomando hormonas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADVERTENCIA: Los antibióticos reducen los efectos de las píldoras anticonceptivas. Por favor proporcione la información siguiente en cuanto a su OB/GYN:		
Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hepatitis-Otro (Other)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Enfermedad de Hígado (Liver Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Nombre:	
Ictericia Amarilla (Yellow Jaundice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Dirección:	
Adicción a las Drogas (Drug Addiction)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Teléfono:	
Adicción al Alcohol (Alcohol Addiction)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Nombre del paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Otras Condiciones no incluidas en esta lista: (Other Conditions)

Si está siendo tratado por un médico, explique la razón: (If you are being treated by a doctor, explain why)

Fecha del último examen médico: (Date of last medical exam)

Información del Médico:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Por favor, indique todos los medicamentos, pastillas o tónicos que están tomando actualmente:

Medicina 1:	_____	Dosis:	_____
Medicina 2:	_____	Dosis:	_____
Medicina 3:	_____	Dosis:	_____
Medicina 4:	_____	Dosis:	_____
Medicina 5:	_____	Dosis:	_____
Medicina 6:	_____	Dosis:	_____
Medicina 7:	_____	Dosis:	_____
Medicina 8:	_____	Dosis:	_____

SIGNATURE

He proporcionado la información al mejor de mi conocimiento relacionada con mi salud médica y dental. Yo entiendo que soy responsable de informar a la oficina de cualquier cambio en la historia medica.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____
(Si menor, firma del padre o tutor)

Dentista: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

REVISIÓN DE ANTECEDENTES Y ACTUALIZACIÓN

Fecha: **Cambio** **Sin Cambio**

Cambios (List Changes)

Medicinas Nuevas (New Medications)

Firma del Paciente:

Firma del dentista/higienista:

REVISIÓN DE ANTECEDENTES Y ACTUALIZACIÓN

Fecha: **Cambio** **Sin Cambio**

Cambios (List Changes)

Medicinas Nuevas (New Medications)

Firma del Paciente:

Firma del dentista/higienista:

REVISIÓN DE ANTECEDENTES Y ACTUALIZACIÓN

Fecha: **Cambio** **Sin Cambio**

Cambios (List Changes)

Medicinas Nuevas (New Medications)

Firma del Paciente:

Firma del dentista/higienista: