

PACIENTE

Nombre _____

 Apellido _____ Nombre _____

Dirección _____ Dpto. N° _____

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 _____

 Apellido _____ Nombre _____

Dirección _____ Dpto. N° _____

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 directo | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Folleto/cupón | <input type="checkbox"/> Plan de seguro | <input type="checkbox"/> Anuncio del web |
| <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 recommendo? _____

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 mí 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 _____

Apelido _____ Nombre _____

Razón de la visita _____ Otro _____

¿Padece de alguna otra afección sobre la cual debemos 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):

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas con tratamientos dentales previos | <input type="checkbox"/> Una hemorragia prolongada después de una extracción | <input type="checkbox"/> Rechinan los dientes, | <input type="checkbox"/> Aprieta mucho los maxilares |
| <input type="checkbox"/> Síntomas cerca de los oídos como "clicks" | <input type="checkbox"/> 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?

- | | | | | |
|--|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Válvula cardíaca artificial | <input type="checkbox"/> Quimio/radioterapia | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH+ | <input type="checkbox"/> Cirugía estética | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Alergia a latex | <input type="checkbox"/> Problemas en senos nasales |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cirugía cardíaca | <input type="checkbox"/> Problemas hepáticos | <input type="checkbox"/> La apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Anginas | <input type="checkbox"/> Mareos o desmayos | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Tabaquismo |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Adicción a drogas | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> TMD o TMJ |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Phen-Fen | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Hemorragias | <input type="checkbox"/> Prob. de tiroides | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulación | <input type="checkbox"/> Atención Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> 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 _____