

# REGISTRO DEL PACIENTE E HISTORIA CLÍNICA

Fecha \_\_\_\_\_ (POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA) Teléfono Particular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Paciente \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Nombre Preferido \_\_\_\_\_

Dirección - Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Separado(a)  Divorciado(a)

Empleado(a) por \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del Cónyuge/Padre o Madre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Cónyuge/Padre o Madre \_\_\_\_\_

Cónyuge/Padre o Madre Empleado por \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Quién es responsable por esta cuenta? \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social del Cónyuge/Padre o Madre \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía del Seguro Dental \_\_\_\_\_ Grupo Número \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, ¿a quién se deberá notificar? \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿A quién podemos agradecer por habernos referido a Ud.? \_\_\_\_\_

## HISTORIA CLÍNICA

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Fecha del Último Examen Físico \_\_\_\_\_

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

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón                              | <input type="checkbox"/> Epilepsia                                    | <input type="checkbox"/> Dieta Especial                 |
| <input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Alta                             | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza                            | <input type="checkbox"/> Glándulas del Cuello Hinchadas |
| <input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Baja                             | <input type="checkbox"/> Hepatitis, Ictericia o Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática               |
| <input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios                            | <input type="checkbox"/> Cáncer                                       | <input type="checkbox"/> Problemas de la Sinus          |
| <input type="checkbox"/> Problemas Nerviosos                                | <input type="checkbox"/> Tratamiento Siquiátrico                      | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA u Otros               |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia                                       | <input type="checkbox"/> Diarrea Crónica                              | <input type="checkbox"/> Trastornos Inmunosupresores    |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones o Válvulas del Corazón Artificiales | <input type="checkbox"/> Alergias a Anestésias                        | <input type="checkbox"/> Embolia Cerebral               |
| <input type="checkbox"/> Reciente Pérdida de Peso                           | <input type="checkbox"/> Alergias a Medicinas o Drogas                | <input type="checkbox"/> Úlcera                         |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la Espalda                            | <input type="checkbox"/> Alergias Generales                           | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas          |
| <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre                      | <input type="checkbox"/> Droga adicción                 |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias                         | <input type="checkbox"/> Artritis                                     | <input type="checkbox"/> Hemofilia                      |

¿Tiene Ud. alguna alergia a medicamentos, o ha tenido Ud. alguna vez una reacción adversa a algún medicamento? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué? \_\_\_\_\_

¿Ha reaccionado Ud. alguna vez adversamente a un tratamiento médico o dental? \_\_\_\_\_

¿Está tomando Ud. actualmente algún medicamento? \_\_\_\_\_ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? \_\_\_\_\_

¿Ha tomado Ud. alguna vez algún medicamento del grupo al que se le conoce como "fenfen" (fenphen, en inglés). Esto incluye combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres de marcas de fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina).  Sí  No

¿Está Ud. bajo el cuidado de un médico?  Sí  No ¿Por el tratamiento de qué condiciones? \_\_\_\_\_

Si el paciente es un niño, ¿cuánto pesa el niño? \_\_\_\_\_

(Mujeres) ¿Sospécha Ud. que está embarazada?  Sí  No ¿Está Ud. amamantando a un bebé?  Sí  No

¿Hay alguna otra cosa que nosotros debiéramos saber sobre su historia clínica? \_\_\_\_\_

La información de arriba es correcta y completa, a mi leal saber y entender, y se proporciona con el único objeto de que se use en mi tratamiento, para facturación, y para procesamiento ante el seguro de los beneficios a los que tengo derecho. Yo no haré responsable a mi dentista ni a ningún integrante de su personal por errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

(SIGUE AL DORSO)