

# Registro de paciente nuevo

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ Nombre preferido: \_\_\_\_\_  
Nombre (Legal) Apellido (sobrenombre)

Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Núm. seguro social: \_\_\_\_\_

Elegir una opción:  Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a) Idioma primario: \_\_\_\_\_

Dirección hogar: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F Identidad de género: \_\_\_\_\_ Pronombres preferidos: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_

¿Es estudiante a tiempo completo?  Sí  No Ocupación: \_\_\_\_\_

Su empleador: \_\_\_\_\_ Tiempo en el empleo: \_\_\_\_\_

**Información del padre/madre/representante legal (cuando corresponda)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**Contacto para emergencias**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_

**¿Cómo se enteró de nuestro consultorio?**  Correo postal  Televisión  Radio  Evento comunitario

Periódico  Cartel publicitario  Los sitio web  Redes sociales  Recomendación personal

Nombre de la persona que nos recomendó, cuando corresponda? \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

**Mi método de comunicación preferido es:**  Teléfono del hogar  Teléfono celular

Mensajes de texto  Correo electrónico

Acepto recibir comunicaciones relacionadas con mi cuidado dental o el cuidado dental de mis dependientes a través de mensajes de texto, correos electrónicos o llamadas telefónicas del consultorio dental o sus representantes al número telefónico del hogar, el teléfono celular y/o la dirección de correo electrónico que he proporcionado. Los mensajes relacionados con mi cuidado dental o el cuidado dental de mis dependientes pueden dejarse en mi máquina contestadora o mi correo de voz, o enviarse por mensaje de texto.

Sí  No

**Seguro dental**  Marque la casilla si no tiene seguro dental

| <b>Información sobre el seguro dental (primario):</b>   | <b>Seguro secundario (cuando corresponda):</b>  |
|---|---|
| Nombre del asegurado: _____   | Nombre del asegurado: _____   |
| Fecha de nacimiento: _____  | Fecha de nacimiento: _____  |
| Relación del paciente con el suscriptor:<br><input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) | Relación del paciente con el suscriptor:<br><input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) |
| <b>Indique si el seguro es Medicaid o Medicare:</b> <input type="checkbox"/>  | <b>Indique si el seguro es Medicaid o Medicare:</b> <input type="checkbox"/>  |
| Empleador del asegurado: _____  | Empleador del asegurado: _____  |
| Empresa aseguradora: _____  | Empresa aseguradora: _____  |
| Núm. Id. del suscriptor: _____  | Núm. Id. del suscriptor: _____  |
| Número telefónico: _____  | Número telefónico: _____  |
| Número de grupo: _____  | Número de grupo: _____  |

Firma del paciente, padre/madre

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nombre (Legal) Apellido

### Historia dental:

Fecha de su limpieza dental más reciente: \_\_\_\_\_

Dentista/consultorio dental previo: \_\_\_\_\_

Indique cualquier condición que tenga actualmente o que aplique a usted:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas de encías/enfermedad periodontal    | <input type="checkbox"/> Sensibilidad en los dientes        | <input type="checkbox"/> Dientes faltantes   |
| <input type="checkbox"/> Amalgamas/dientes rotos o astillados          | <input type="checkbox"/> Mal aliento o mal sabor en la boca | <input type="checkbox"/> Sequedad de la boca |
| <input type="checkbox"/> Dolor mandibular, rechina/aprieta los dientes | <input type="checkbox"/> Dentaduras postizas o parciales    | <input type="checkbox"/> Implantes dentales  |
| <input type="checkbox"/> Frenillos o alineadores transparentes         | <input type="checkbox"/> Infección dental                   | <input type="checkbox"/> Dolor y/o hinchazón |

¿Cuál es el motivo más importante de su consulta hoy?

¿Alguna vez ha tenido una complicación durante o después de un tratamiento dental? Describa:  Sí  No

¿Los tratamientos dentales le dan miedo, fobia o ansiedad?  Sí  No

¿Le interesa cualquiera de los siguientes tratamientos?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blanqueamiento dental profesional      | <input type="checkbox"/> Reemplazo de amalgamas de metal    | <input type="checkbox"/> Reemplazo de coronas viejas  |
| <input type="checkbox"/> Enderezar dientes/reducir separaciones | <input type="checkbox"/> Reparar dientes rotos o astillados | <input type="checkbox"/> Reemplazar dientes faltantes |

### Medicamentos actuales:

Marque aquí si no toma ningún medicamento, suplemento o vitamina

Indique todos los medicamentos, suplementos y vitaminas que toma diariamente o de manera regular. También indique la dosis y la frecuencia en el nombre del medicamento.

- |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

¿Usa algún tipo de método anticonceptivo hormonal (píldoras, aro/anillo, gel, dispositivo intrauterino/IUD, implante)?  Sí  No

¿Toma actualmente o ha tomado recientemente medicamentos para la osteoporosis?  Sí  No

Toma actualmente algún tipo de diluyente sanguíneo, incluida la aspirina?  Sí  No

Asegúrese de nombrar todos los medicamentos indicados en la lista anterior.

### Historia médica:

Estatura: \_\_\_\_pies \_\_\_\_pulg. Peso: \_\_\_\_lb Fecha de su chequeo médico más reciente: \_\_\_\_\_

Nombre de su médico primario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez le han indicado tomar antibióticos antes de un tratamiento dental?  Sí  No

¿Tiene alguna alergia ambiental o a algún medicamento, incluido látex, metales, alimentos y medicamentos? Indique todas sus alergias:

¿Lleva con usted una EpiPen u otro autoinyector de epinefrina?  Sí  No

**Condiciones médicas, cirugías y hospitalizaciones**  
**Marque todo lo que aplique a usted (no a su familia):**

|  | Sí                       | No                       |                                       | Sí                       | No                       |   | Sí                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Reflujo gástrico                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Adicción a drogas/abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Apnea del sueño                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anemia                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desórdenes alimenticios               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | CPAP  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Consumo de alcohol                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desmayos, mareos o vértigo            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas auditivos o del habla                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tragos semanales _____                 |                          |                          | Problemas gastrointestinales/úlceras  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Apoplejía/CNS/TIA                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alcoholismo                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Glaucoma                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad tiroidea                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Artritis (incluye artritis reumatoide) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesión de cabeza/cuello/espalda       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Uso de tabaco (indique todo lo que corresponda) |                          |                          |
| Articulaciones artificiales            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ataque cardíaco                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tabaco de mascar                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asma, problemas respiratorios          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad cardíaca                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cigarrillos (cant. diaria) _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sangrado/desórdenes de coagulación     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soplo cardíaco                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cigarrillos electrónicos o vapeadores           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Transfusiones sanguíneas               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro: _____                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Presión arterial elevada              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tumores/crecimientos (no cancerosos)            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tipo _____                             |                          |                          | VIH/SIDA                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Consideraciones cognitivas:                     |                          |                          |
| Parálisis cerebral                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | VPH                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alzheimer o demencia                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Quimioterapia                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trastorno inmunitario                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trastorno del espectro autista                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolor de cabeza crónico/migrañas       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad renal                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de Parkinson                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Labio o paladar hendido                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad hepática/cirrosis          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desorden del procesamiento sensorial            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ansiedad clínica                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad pulmonar o COPD            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro: _____                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Depresión clínica                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trasplante de órganos                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Embarazada actualmente                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herpes labial/lagas orales             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Osteoporosis                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fecha del parto _____                           |                          |                          |
| Complicaciones con anestesia           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Marcapasos                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Parió recientemente                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Radioterapia                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fecha _____                                     |                          |                          |
| Dependencia de la insulina             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergias estacionales/fiebre del heno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Da pecho actualmente                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Última HbA1c: _____                    |                          |                          | Convulsiones/epilepsia                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Recibe tratamiento de fertilidad actualmente    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fecha: \_\_\_\_\_

Otra condición no mencionada:  \_\_\_\_\_

Cirugías y hospitalizaciones (incluya las fechas):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente, padre/madre (o representante):

\_\_\_\_\_  
 Fecha

Nombre del garante, cuando corresponda: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del médico

# Acuerdo financiero del paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre

Apellido

Gracias por darnos la oportunidad de atender sus necesidades dentales. Nos entusiasma trabajar con usted para mejorar y mantener su salud oral.

Para su conveniencia y para garantizar que todos los pacientes reciban el cuidado que necesitan, puede pagar su tratamiento con efectivo, cheque, tarjeta de crédito o a través de una empresa de financiamiento que trabaje con nosotros. Solicitaremos el pago de su tratamiento al momento de prestar el servicio.

Se desea usar su seguro dental, con gusto presentaremos por usted a la empresa aseguradora la solicitud de la porción que usted espera que pagará el seguro. También aplicaremos a su cuenta cualquier pago y ajuste del seguro que recibamos. Le informaremos si su seguro cubre solo parte de su reclamo para que usted pueda pagarnos el saldo.

Déjenos saber si por alguna razón necesita cambiar algún arreglo financiero para que podamos trabajar con usted. Si alguna porción del saldo permanece sin abonar por más de 30 días, iniciaremos un proceso de cobranza que podría incluir cargos por cobranza y financiamiento.

## Acuerdo:

Mediante mi firma abajo, confirmo que entiendo este proceso financiero y que estoy de acuerdo con cada procedimiento. Declaro también que soy responsable por el costo de mi tratamiento y por cualquier financiamiento de terceros o de cualquier saldo que se adeude a la empresa aseguradora. Entiendo y estoy de acuerdo en que este consultorio dental comparte mi información de salud solo para fines de cobranza. Este acuerdo no autoriza al consultorio dental a compartir mi información para cualquier otro fin. Entiendo que el consultorio dental podrá iniciar un proceso de cobranza de cualquier tratamiento que permanezca sin abonar por más de 30 días.

Firma del paciente, padre/madre  
(o representante): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

# Consentimiento general para recibir tratamiento

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre

Apellido

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

Doy mi consentimiento (o doy consentimiento para el dependiente mencionado arriba) para recibir tratamiento dental, educación y otros servicios dentales relacionados. Autorizo la administración de anestésicos, de la manera que se consideren necesarios, y el uso de radiografías orales durante el tratamiento. Recibiré instrucciones sobre los beneficios y riesgos de los procedimientos necesarios, y se me dará la oportunidad de hablar sobre el tratamiento recomendado y aprobarlo. Reconozco que no se me ha ofrecido ninguna garantía o representación con respecto a los resultados del tratamiento o los procedimientos.

Acepto la responsabilidad de seguir (o de ayudar al dependiente mencionado arriba a seguir) las instrucciones postoperatorias y de higiene oral, de venir a todas las consultas en la fecha y hora indicados, de proporcionar información de salud precisa y actualizada, y de alertar a este consultorio de cualquier cosa que pueda afectar el tratamiento de manera negativa.

Al dar mi consentimiento para el tratamiento, entiendo que existe el riesgo de contraer infecciones. A pesar de tomar precauciones razonables para garantizar su salud y seguridad, es imposible eliminar todos los riesgos de contraer infecciones cuando se recibe cuidado dental.

Tengo el derecho de rescindir este consentimiento en cualquier momento, pero seguiré siendo responsable de cualquier saldo que quede pendiente y de cualquier complicación que surja debido a la interrupción del tratamiento.

Acepto  No acepto o retiro mi consentimiento para el tratamiento

Firma del paciente, padre/madre  
(o representante): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Resumen del aviso de prácticas de privacidad

Nuestras prácticas de privacidad cumplen con Omnibus 2013.

Nuestro consultorio dental conserva la información de todas sus consultas dentales. Las leyes requieren que mantengamos privada su información de salud protegida y que le entreguemos a solicitud un aviso de nuestros deberes legales y las prácticas de privacidad con respecto a su información. El aviso puede obtenerse también en nuestro sitio web. Este aviso contiene una explicación detallada de cómo podemos usar su información de salud protegida y el derecho que usted tiene a inspeccionar y enmendar su información. La ley y nuestro código de ética requieren que mantengamos privada su información y que sigamos las prácticas descritas en este aviso. Nuestras prácticas de privacidad cumplen con Omnibus 2013, con una fecha de actualización de 09/23/2013.

He tenido la oportunidad de leer y evaluar el contenido del Aviso de prácticas de privacidad de este consultorio. Entiendo que estoy dando mi permiso para usar y revelar mi información de salud protegida para fines de tratamiento, actividades de cobranza y actividades de cuidado de salud. Entiendo también que tengo derecho a revocar o modificar este permiso.

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Firma del paciente, padre/madre  
(o representante): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### Solo para uso interno

Intentamos obtener un acuse de recibo escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no fue posible obtenerlo debido a lo siguiente:

La persona se negó a firmarlo

Barreras de comunicación impidieron obtener el acuse de recibo

Una situación de emergencia nos impidió obtener el acuse de recibo

Otro (favor especificar):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Actualización de Información y Historia Médica del Paciente

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Nombre preferido:** \_\_\_\_\_  
Nombre (Legal) Apellido (sobrenombre)

Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Núm. seguro social: \_\_\_\_\_

Elegir una opción:  Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a) Idioma primario: \_\_\_\_\_

Dirección hogar: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F Identidad de género: \_\_\_\_\_ Pronombres preferidos: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_

¿Es estudiante a tiempo completo?  Sí  No Ocupación: \_\_\_\_\_

Su empleador: \_\_\_\_\_ Tiempo en el empleo: \_\_\_\_\_

## Información del padre/madre/representante legal (cuando corresponda)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

## Contacto para emergencias

Nombre: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_

## Historia médica. Marque todo lo que aplique a usted (no a su familia): Ningún cambio

|  | Sí                       | No                       |                                       | Sí                       | No                       |   | Sí                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Reflujo gástrico                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Adicción a drogas/abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Apnea del sueño CPAP                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anemia                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desórdenes alimenticios               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas auditivos o del habla                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Consumo de alcohol                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desmayos, mareos o vértigo            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Apoplejía/CNS/TIA                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tragos semanales <u>Alcoholismo</u>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas gastrointestinales/úlceras  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad tiroidea                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Artritis (incluye artritis reumatoide) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Glaucoma                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Uso de tabaco (indique todo lo que corresponda) |                          |                          |
| Articulaciones artificiales            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesión de cabeza/cuello/espalda       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tabaco de mascar                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asma, problemas respiratorios          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ataque cardíaco                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cigarrillos (cant. diaria) _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sangrado/desórdenes de coagulación     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad cardíaca                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cigarrillos electrónicos o vapeadores           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Transfusiones sanguíneas               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soplo cardíaco                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro: _____                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer Tipo                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tumores/crecimientos (no cancerosos)            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Parálisis cerebral                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Presión arterial elevada              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Consideraciones cognitivas:                     |                          |                          |
| Quimioterapia                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | VIH/SIDA                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alzheimer o demencia                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolor de cabeza crónico/migra          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | VPH                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trastorno del espectro autista                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Labio o paladar hendido                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trastorno inmunitario                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de Parkinson                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ansiedad clínica                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad renal                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desorden del procesamiento sensorial            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Depresión clínica                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad hepática/cirrosis          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro: _____                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herpes labial/lagas orales             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad pulmonar o COPD            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Embarazada actualmente                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Complicaciones con anestias            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trasplante de órganos                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fecha del parto _____                           |                          |                          |
| Diabetes                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Osteoporosis                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Parió recientemente                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dependencia de la insulina             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Marcapasos                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fecha _____                                     |                          |                          |
| Última HbA1c:                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Radioterapia                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Da pecho actualmente                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fecha: _____                           |                          |                          | Alergias estacionales/fiebre del heno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Recibe tratamiento de fertilidad actualmente    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |                          |                          | Convulsiones/epilepsia                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |

Otra condición no mencionada:  \_\_\_\_\_

**Medicamentos actuales:**

Indique todos los medicamentos, suplementos y vitaminas que toma diariamente o de manera regular. También indique la dosis y la frecuencia en el nombre del medicamento.

Marque aquí si no toma ningún medicamento, suplemento o vitamina

|                          |       |                          |       |
|--------------------------|-------|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ |

¿Alguna vez ha tenido una complicación durante o después de un tratamiento dental? Describa:  Sí  No

¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica después de tomar algún medicamento? Describa:  Sí  No

¿Tiene alguna alergia ambiental o a algún medicamento, incluido látex, metales, alimentos y medicamentos? Indique todas sus alergias:

Nombre de su médico primario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún problema de salud que necesite una mayor aclaración? Describa:  Sí  No

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre/madre (o representante):

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre del garante, cuando corresponda: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del médico