



# Forma de Registración Dental

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente (si es menor de 18): \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Menor de edad     Soltero     Casado     Divorciado     Viudo     Separado

Contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono en caso de emergencia \_\_\_\_\_

### Ingresos Anuales por Familia

(Incluir el ingreso generado por cada persona viviendo bajo el mismo techo y compartiendo todos los recursos)

Número de miembros \_\_\_\_\_

**Ingresos:**  \$0-\$10,000     \$10,001-\$15,000     \$15,001-\$20,000     \$20,001-\$25,000     \$25,001-\$30,000  
 \$30,001-\$35,000     \$35,001-\$40,000     \$40,001-\$45,000     \$45,001-\$50,000  
 \$50,001-\$55,000     \$55,001-\$60,000     \$60,001-\$65,000     \$65,001-\$70,000  
 \$70,001-\$75,000     \$75,001-\$80,000     Mas de \$80,000

<p><b>Sexo:</b>  <input type="checkbox"/> Masculino  <input type="checkbox"/> Femenino  <input type="checkbox"/> Transexual</p> <p><b>Veterano:</b>  <input type="checkbox"/> Sí  <input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>Sin hogar:</b>  <input type="checkbox"/> Sí  <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Migrante o Trabajador del Campo Temporal:</b>  <input type="checkbox"/> Sí  <input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>Raza:</b>  <input type="checkbox"/> África americana/Negra  <input type="checkbox"/> Indio americana/Nativo americana  <input type="checkbox"/> Asiática  <input type="checkbox"/> Blanca  <input type="checkbox"/> Otra: _____</p>	<p><b>Ethnicidad:</b>  <input type="checkbox"/> Hispana  <input type="checkbox"/> No Hispana</p> <p><b>Lenguaje Primario:</b>  <input type="checkbox"/> Inglés  <input type="checkbox"/> Español  <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>
---	--	---	--

<p><b>Farmacia:</b></p> <p><input type="checkbox"/> CVS  <input type="checkbox"/> Drugco  <input type="checkbox"/> Drum's  <input type="checkbox"/> Futrell – Jackson  <input type="checkbox"/> Futrell – Rich Square  <input type="checkbox"/> Kerr Drug  <input type="checkbox"/> Littleton Pharmacy  <input type="checkbox"/> McDowell's  <input type="checkbox"/> RHG at Hollister  <input type="checkbox"/> RHG at Norlina  <input type="checkbox"/> Rite Aid (Eckerds)  <input type="checkbox"/> Spears  <input type="checkbox"/> Wal-Mart  <input type="checkbox"/> Walgreens  <input type="checkbox"/> Otra: _____</p>	<p><b>Ciudad donde esta ubicada la farmacia:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ahoskie  <input type="checkbox"/> Enfield  <input type="checkbox"/> Henderson  <input type="checkbox"/> Henrico  <input type="checkbox"/> Hollister  <input type="checkbox"/> Jackson  <input type="checkbox"/> Littleton  <input type="checkbox"/> Norlina  <input type="checkbox"/> Rich Square  <input type="checkbox"/> Roanoke Rapids  <input type="checkbox"/> Rocky Mount  <input type="checkbox"/> Scotland Neck  <input type="checkbox"/> Tarboro  <input type="checkbox"/> Warrenton  <input type="checkbox"/> Whitakers  <input type="checkbox"/> Other: _____</p>	<p><b>Aseguranza Médica:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Medicaid  <input type="checkbox"/> Medicare  <input type="checkbox"/> Privada  <input type="checkbox"/> Ninguna/Pago con recursos propios  <input type="checkbox"/> Tarifa reducida</p> <p><b>Por favor proporcione a la recepcionista su tarjeta de aseguranza médica para fotocopiarla.</b></p>
--	--	--

## INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE

Persona financieramente responsable de esta cuenta: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:  Mismo  Padre/Tutor  Cónyuge  Otra: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

# de Teléfono: \_\_\_\_\_ # de Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ # de Teléfono de Empleador: \_\_\_\_\_

## **HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE**

Proveedor de Cuidado de Salud: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Último Examen: \_\_\_\_\_

1. ¿Está usted bajo el cuidado de un médico?  Sí  No  Indeciso
2. ¿Ha tenido alguna vez una enfermedad seria o cirugía mayor?  
Por favor explique:  Sí  No  Indeciso
3. ¿Usted Fuma, mastica o usa cualquier forma de tabaco?  Sí  No  Indeciso
4. ¿Consume usted bebidas alcohólicas?  Sí  No  Indeciso
5. ¿Usa usted habitualmente drogas (cocaína, marihuana, etc.)  Sí  No  Indeciso
6. ¿Está usando lentes de contacto?  Sí  No  Indeciso
7. ¿Es usted alérgico(a) a algún medicamento o comida?  
Por favor explique:  Sí  No  Indeciso
8. ¿Alguna vez ha tenido alguna reacción negativa a algún medicamento?  Sí  No  Indeciso

### **Mujeres solamente**

9. ¿Está usted embarazada ó sospecha que puede estar encinta?  Sí  No  Indeciso
10. ¿Está usted amamantando?  Sí  No  Indeciso
11. ¿Está usted tomando medicinas anticonceptivas u otro método anticonceptivo?  Sí  No  Indeciso

¿Está usted tomando algún medicamento, incluyendo cualquier remedio herbal o medicamentos que no requieren receta medica? Si contesta que sí, por favor liste todos los medicamentos:

\_\_\_\_\_

**Historia de Salud:** Por favor indique si alguna de las siguientes condiciones aplica a usted o alguien de su familia (vivo o muerto).

Usted	Familia	Usted	Familia	Usted	Familia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Convulsiones epilépticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas de los nervios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Angina de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Desmayo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cansancio frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Marcapasos/Defibrilador
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cuidado psiquiátrico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Válvula del corazón artificial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rinitis alérgica/Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso reciente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pérdida de oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas respiratorios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sangramiento anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Defectos cardiacos congénitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Falta de aliento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ulceras estomacales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tos crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ataque cerebral
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Estreñimiento crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hepatitis ictericia/hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diarrea crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tobillos hinchados
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas de la circulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alta presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enfermedades del sistema linfático
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lesiones del corazón congénitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SIDA/VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Úlcera (Externa, etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Obstrucción pulmonar crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Arritmia/ Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Infecciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Reemplazo/implante de articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas de riñón/vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas de la visión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otros: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Baja presión arterial		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enfisema pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral		

## HISTORIA DENTAL DEL PACIENTE

Marque si la respuesta es "Si".

<input type="checkbox"/>	1. ¿Sus encías sangran cuando cepilla sus dientes o usa hilo dental?	<input type="checkbox"/>	8. ¿Tiene dolor de cabeza frecuentemente?
<input type="checkbox"/>	2. ¿Sus dientes son sensibles a los alimentos/líquidos calientes o fríos?	<input type="checkbox"/>	9. ¿Usted tiende a apretar o rechinar sus dientes?
<input type="checkbox"/>	3. ¿Sus dientes son sensibles a los alimentos/líquidos dulces o agrios?	<input type="checkbox"/>	10. ¿Usted tiende a morder sus labios o mejillas frecuentemente?
<input type="checkbox"/>	4. ¿Siente dolor en cualquiera de sus dientes?	<input type="checkbox"/>	11. ¿Anteriormente ha tenido algún problema con extracciones?
<input type="checkbox"/>	5. ¿Tiene llagas o bultos adentro o cerca de su boca?	<input type="checkbox"/>	12. ¿Le han hecho algún procedimiento de ortodoncia?
<input type="checkbox"/>	6. ¿Ha tenido alguna lesión en la cabeza, cuello o mandíbula?	<input type="checkbox"/>	13. ¿Alguna vez ha tenido sangrado continuo después de una extracción o limpieza periodontal?
<input type="checkbox"/>	7. ¿Ha experimentado alguna vez cualquiera de los siguientes problemas en su mandíbula?	<input type="checkbox"/>	14. ¿Alguna vez le han dado instrucciones sobre la forma correcta de cepillar sus dientes?
<input type="checkbox"/>	A. Chasquido	<input type="checkbox"/>	15. ¿Alguna vez le han dado instrucciones sobre como cuidar sus encías?
<input type="checkbox"/>	B. Dolor (articulaciones, oído, lado de la cara)		
<input type="checkbox"/>	C. Dificultad al abrir o cerrarla		
<input type="checkbox"/>	D. Dificultad al masticar		

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