

# Registro del paciente

## Patient Registration

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

#### PATIENT INFORMATION

Nombre legal completo (Primero, segundo, apellido, sufijo) Full legal name (First, Middle, Last, suffix)		Apellido Nickname	Sexo: <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Fecha de nacimiento Date of birth	Raza Race	Idioma de preferencia Preferred language	
Étnia: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Pareja de hecho Marital status: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Life partner		
Dirección postal completa: Complete mailing address (Calle, ciudad, Estado, código postal, condado) (Street, city, state, zip code, county)			
Número de teléfono de casa: Home phone number	Número de móvil: Cell phone number	Número del trabajo: Work number	
Dirección de correo electrónico: Email			
Situación laboral: <input type="checkbox"/> A jornada complete <input type="checkbox"/> A media jornada <input type="checkbox"/> Servicio Activo <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> No empleado <input type="checkbox"/> Fecha de jubilación: Employment status: <input type="checkbox"/> Full-time <input type="checkbox"/> Part-time <input type="checkbox"/> Active duty <input type="checkbox"/> Self-employed <input type="checkbox"/> Not employed <input type="checkbox"/> Retirement date:			
Nombre del empleador: Employer name:		Número de teléfono del empleador: Employer phone number:	
Dirección completa del empleador: Employer complete address (Calle, ciudad, Estado, código postal, condado) (Street, city, state, zip code, county)			

### INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O TUTOR (parte responsable)

#### SPOUSE OR GUARANTOR INFORMATION (Responsible party)

Igual que el paciente  
 Same as patient

Nombre legal completo (Primero, segundo, apellido, sufijo) Full legal name (First, Middle, Last, suffix)		Fecha de nacimiento Date of birth
Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Mismo/a <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro: Relation to patient: <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Legal guardian <input type="checkbox"/> Other:	Sexo: <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
Número de teléfono de casa: Home phone number	Número de móvil: Cell phone number	Número del trabajo: Work number
Dirección postal complete – De ser diferente a la del paciente: Complete mailing address – if different from patient (Calle, ciudad, Estado, código postal, condado) (Street, city, state, zip code, county)		
Situación laboral: <input type="checkbox"/> Jornada Completa <input type="checkbox"/> A media jornada <input type="checkbox"/> Servicio Activo <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> No empleado <input type="checkbox"/> Fecha de jubilación: Employment status: <input type="checkbox"/> Full-time <input type="checkbox"/> Part-time <input type="checkbox"/> Active duty <input type="checkbox"/> Self-employed <input type="checkbox"/> Not employed <input type="checkbox"/> Retirement date:		
Nombre del empleador: Employer name		Número de teléfono del empleador: Employer phone number
Dirección completa del empleador: Employer complete address (Calle, ciudad, Estado, código postal, condado) (Street, city, state, zip code, county)		

### INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

#### EMERGENCY CONTACT INFORMATION

Nombre (primer nombre y apellido): Name (First, Last)		
Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro: Relation to patient: <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Legal guardian <input type="checkbox"/> Other:		
Número de teléfono de casa: Home phone number	Número de móvil: Cell phone number	Número del trabajo: Work number
Dirección postal complete – De ser diferente a la del paciente: Complete mailing address – if different from patient		

# Registro del paciente

## Patient Registration

**INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO**  
**INSURANCE INFORMATION**

Pago sin cobertura de seguro  
 Self-pay (no insurance)

Seguro médico principal: Primary Insurance	Relación del paciente con el portador de la póliza: Patient relation to subscriber:	<input type="checkbox"/> Portador <input type="checkbox"/> Self	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Spouse	<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Child	<input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Other
Seguro médico secundario: Secondary Insurance	Relación del paciente con el portador de la póliza: Patient relation to subscriber:	<input type="checkbox"/> Portador <input type="checkbox"/> Self	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Spouse	<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Child	<input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Other
Proveedor de recetas médicas: Prescription/Rx provider		(De ser diferente al seguro médico) (if different from insurance carrier)			
Nombre completo del portador de la póliza: Full name of subscriber		(Complete a continuación de ser diferente al paciente, cónyuge o tutor) (Complete below if different from patient, spouse or guarantor)			
Fecha de nacimiento del portador: Subscriber date of birth					
Situación laboral: <input type="checkbox"/> A jornada complete <input type="checkbox"/> A media jornada <input type="checkbox"/> Servicio Activo <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> No empleado <input type="checkbox"/> Fecha de jubilación:					
Employment status: <input type="checkbox"/> Full-time <input type="checkbox"/> Part-time <input type="checkbox"/> Active duty <input type="checkbox"/> Self-employed <input type="checkbox"/> Not employed <input type="checkbox"/> Retirement date					
Nombre del empleador: Employer name		Tamaño personal empleador: <input type="checkbox"/> De 0 a 19 empleados <input type="checkbox"/> De 20 a 99 <input type="checkbox"/> Más de 100			
Employer size: <input type="checkbox"/> 0 - 19 employees <input type="checkbox"/> 20 - 99 <input type="checkbox"/> 100+					
Dirección completa del empleador: Employer complete address					
(Calle, ciudad, Estado, código postal, condado) (Street, city, state, zip code, county)					

Nombre del médico de Atención primaria: Primary care physician:	¿Desea que alguien sepa que está aquí? Do you want anyone to know you are here?
	<input type="checkbox"/> Sí    o <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes    or <input type="checkbox"/> No

## HISTORIA MÉDICA

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

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

Aunque el personal dental principalmente tratan el área y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____                                       |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____                                       |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____                                       |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____                                       |

Mujeres: ¿Está usted Embarazada o tratando de quedar embarazada?  Sí  No Toma anticonceptivos orales?  Sí  No Esta amamantando?  Sí  No

Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes?

- Aspirina     Penicilina     Codeína     Acrílico     Metálico     Látex     Anestésicos locales     Sulfamida
- Otros    En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| SIDA / HIV Positivo                                     | Cortisona   | Hemofilia   | Tratamiento con radiación                               |
| Enfermedad de Alzheimer's                               | Diabetes  | Hepatitis A   | Pérdida de peso reciente                                |
| Anafilaxia  | Drogadicción  | Hepatitis B o C   | Dialísis renal  |
| Anemia  | Fácilmente pierde el aliento                            | Herpes  | Fiebre reumática  |
| Angina  | Enfisema  | Presión arterial alta                                   | Reumatismo  |
| Artritis/Gota   | Epilepsia o convulsiones                                | Colesterol Alto   | Escarlatina   |
| Válvula del corazón artificial                          | Sangrado excesivo                                       | Ronchas o erupción cutánea                              | Herpes  |
| Articulación artificial                                 | Sed excesiva  | Hipoglucemia  | Enfermedad de células falciformes                       |
| Asma  | Desmayos / vértigo                                      | Latido irregular del corazón                            | Problemas del seno nasal                                |
| Enfermedad arterial                                     | Tos frecuente   | Problemas de los riñones                                | Espina Bífida   |
| Transfusión de sangre                                   | Diarrea frecuente                                       | Leucemia  | Enfermedad estomacal/intestinal                         |
| Problemas respiratorio                                  | Dolores de cabeza frecuente                             | Enfermedades del Hígado                                 | Ataque fulminante                                       |
| Cáncer  | Glaucomas   | Presión arterial baja                                   | Hinchazón de las extremidades                           |
| Moretonescon facilidad                                  | Herpes Genital  | Enfermedad pulmonar                                     | Enfermedad de la Tiroides                               |
| Quimioterapia   | Fiebre del heno   | Prolapso de la válvula mitral                           | Amigdalitis   |
| Dolores en el pecho                                     | Ataque/Falla del corazón                                | Osteoporosis  | Tuberculosis  |
| Herpes labial/Fiebre Ampollas                           | Soplo cardíaco  | Dolor en la articulación de la quijada                  | Tumores o crecimientos                                  |
| Cardiopatía congénita                                   | Marcapasos en el Corazón                                | Enfermedad paratiroidea                                 | Úlceras   |
| Convulsiones  | Problemas/Enfermedad del corazón                        | Atención Psiquiátrica                                   | Enfermedad venérea                                      |
|   |   |   | La ictericia amarilla                                   |

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba?  Sí  No En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

En lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# **ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

\_\_\_\_\_, He recibido una copia de este Aviso de prácticas de la oficina de privacidad.

---

Por favor escriba el nombre

---

Firma

---

Fecha

---

**Para uso de oficina solamente**

---

Se intentó obtener acuse escrito de recibo de nuestro aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener confirmación porque:

- Individuo se negó a firmar
  - Las barreras de comunicación prohíben obtener el reconocimiento
  - Una situación de emergencia nos ha impedido obtener reconocimiento
  - Otros (especifique)
- 
- 
-

# ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

\_\_\_\_\_, He recibido una copia de este Aviso de prácticas de la oficina de  
privacidad.

Por favor escriba el nombre

---

Firma

---

Fecha

---

Para uso de oficina solamente

---

Se intentó obtener acuse escrito de recibo de nuestro aviso de prácticas de  
privacidad, pero no se pudo obtener confirmación porque:

- Individuo se negó a firmar
  - Las barreras de comunicación prohíben obtener el reconocimiento
  - Una situación de emergencia nos ha impedido obtener reconocimiento
  - Otros (especifique)
- 
- 
-