

Orthodontics for Children and Adults

# Bienvenido

Nos gustaría darle la bienvenida a *nuestra oficina. Nuestra meta es hacer cada visita agradable y educacional. Nos esforzamos en enseñar un buen cuidado oral, lo cual le permite tener una bonita sonrisa que podría durarle de por vida.*

¿Quién lo refirió a nuestra oficina? \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Información del paciente:

Nombre \_\_\_\_\_ Hombre  Mujer  Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ S. S. # \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Escuela/Patrón \_\_\_\_\_

¿Tiene algún familiar que esta asistiendo o fue atendido en nuestra oficina para tratamiento de ortodoncia?

### Información de la persona responsable (si el paciente es menor de edad)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_ S.S. # \_\_\_\_\_

Nombre de empleo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Nombre del esposo(a) \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ S.S. # \_\_\_\_\_

Nombre de empleo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

### Información de su seguro

Nombre del beneficiado \_\_\_\_\_ S.S. # \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_ # de grupo \_\_\_\_\_ # local \_\_\_\_\_

Nombre de empleo \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

Tiene doble cobertura? Si  No  Si, si llene lo siguiente:

Nombre del beneficiado \_\_\_\_\_ S.S. # \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_ # de grupo \_\_\_\_\_ # local \_\_\_\_\_

Nombre de empleo \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

Continuar 

**Referencias Personales** (favor de a notar 3 personas que no vivan con usted, con las cuales nos podemos comunicar en caso de emergencia)

Nombre \_\_\_\_\_ # Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ # Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ # Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre de tu Dentista \_\_\_\_\_ # Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha de último examen dental/limpieza \_\_\_\_\_

Cuáles son las mayores preocupaciones que le gustaría lograr con Ortodoncia? \_\_\_\_\_

Del 1- 10 que tan motivado estas en iniciar tratamiento? 1-3 ☹️ 4-7 ☹️ 8-10 😊

## Historial Médico

Por favor circule su respuesta: ☺️

Haz tenido alguna de la siguiente enfermedad o problema medico: (favor de circular)

Tienes un Doctor Médico? Si No  
 Nombre del Médico: \_\_\_\_\_  
 Numero: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fecha ultima visita: \_\_\_\_\_  
 Tu salud fisica actual esta: Buena Justa Pobre  
 Fumas o utilizas el tabaco el cualquir forma? Si No  
 Tienes barras or implantes de metal? Si No  
 Estas tomando alguna medicina o receta? Si No  
 Por favor de anotar cada una: \_\_\_\_\_  
 Tienes dolor en lacoyuntura de la quijada? Si No  
 Ruidos/truenos en la coyuntura de la quijada? Si No  
 Tambien llamado Redux o Pondimin.  
 Cuando? \_\_\_\_\_  
 Eres alergico a lo siguinete: (Circular)  
 Aspirina Eritromicina Penicilina  
 Codeína Joyería/Metales Tetraciclina  
 Anestésicos Dentales Látex Other: \_\_\_\_\_  
 Por favor de anotar cada una: \_\_\_\_\_  
**Mujeres:** Tomando pildoras anti-conceptivas? Si No  
 Estas embarazada? Si No Semana# \_\_\_\_\_  
 Estas dando pecho? Si No

S N Sangrado anormal  
 S N Sida  
 S N Alcohol/abuso de drogas  
 S N Anemia  
 S N Artritis  
 S N Huesos/ válvulas artificiales  
 S N Asma  
 S N Transfusión de sangre  
 Si No Cáncer/Quimioterapia  
 S N Colitis  
 S N Defecto congénito del corazón  
 S N Diabetes  
 S N Dificultad respiratoria  
 S N Enfisema  
 S N Epilepsy  
 S N Dolores de cabeza frecuentes  
 S N Glaucoma  
 S N Fiebre del heno  
 S N Ataque cardiaco/ cirugía  
 S N Soplo del Corazón  
 S N Herpes/ampollas de fiebre  
 S N Presión alta  
 S N VIH  
 S N Hospitalización  
 S N Enfermedad del hígado  
 S N Problemas de los riñones  
 S N Presión baja  
 S N Lupus  
 S N Prolapsia de la válvula mitral  
 S N Marcapasos  
 S N Tratamiento psiquiátrico  
 S N Tratamientos de radiación  
 S N Fiebre reumática/escarlata  
 S N Desmayos/ Convulsiones  
 S N Varicelas Adultas  
 S N Anemia de ceculas falciformes  
 S N Derrame Cerebral  
 S N Problemas de la toroide  
 S N Tuberculosis (TB)  
 S N Ulceras  
 S N Enfermedades Venéreas  
 Other \_\_\_\_\_

Nuestra oficina reserva el derecho de verificar el crédito de nuestros pacientes antes de extenderle cualquier tratamiento. Con la discreción de la oficina puede usar uno o más servicios de crédito. Yo entiendo que soy responsable de pagar cualquier servicio que reciba y también me hago responsable de pagar cualquier deducible que mi a seguridad no cubra. En caso de que falle con los arreglos de pagos, yo seré responsable de pagar cualquier costo razonable.

Firma (Padre o tutor si es menor de edad) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*Office Use Only\*\*\*\*\*

I verbally reviewed the Medical information with patient named Herein. Initials: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Doctor's comments: \_\_\_\_\_