

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.

Quien lo refirió a nuestra oficina? _____ Fecha: _____

Información del paciente:

Nombre _____ Hombre Mujer Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Domicilio _____ Ciudad, Estado _____ Zona Postal _____

Teléfono _____ Celular _____ E-mail _____ S. S. # _____

Escuela/Patrón _____ Domicilio o Ciudad _____

Tiene algún familiar que esta asistiendo o fue atendido en nuestra oficina para tratamiento de ortodoncia? Si No

Nombre _____

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

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Domicilio _____ Ciudad, Estado _____ Zona Postal _____

Teléfono _____ Celular _____ Correo electrónico _____

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 su 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: ☺

Ha tenido o tiene lo siguiente:

Tiene un Doctor Médico? Si No

Nombre del Médico: _____

Numero: (____) _____ Fecha última visita: _____

Tu salud física actual esta: Buena Justa Mal

Fumas o utilizas el tabaco en cualquier forma? Si No

Tienes barras o implantes de metal? Si No

Estas tomando alguna medicina o receta? Si No

Por favor de anotar cada una: _____

Haz tomado Phen-fen? Si No

También llamado Redux o Pondimin.

Cuando? _____

Eres alérgico a lo siguiente: (Circular)

Aspirina Eritromicina Penicilina

Codeína Joyería/Metales Tetraciclina

Anestésicos Dentales Látex Otro: _____

Por favor de anotar cada una: _____

Mujeres: Tomando píldoras 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 Arthritis

S N Huesos/ válvulas artificiales

S N Asma

S N Transfusión de sangre

S N Cáncer/Quimioterapia

S N Colitis

S N Defecto congénito del corazón

S N Diabetes

S N Dificultad respiratoria

S N Enfisema

S N Epilepsia

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 Problemas psiquiátricos

S N Tratamientos de radiación

S N Fiebre reumática/escarlata

S N Desmayos/ Convulsiones

S N Varicelas Adultas

S N Anemia de células falciformes

S N Derrame Cerebral

S N Problemas de la toroide

S N Tuberculosis (TB)

S N Ulceras

S N Enfermedades Venéreas

Otro: _____

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: _____

Chief Complaint: _____

Doctor's comments: _____