

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha de hoy: _____ Apodo: _____

Nombre : _____

APELLIDO

NOMBRE

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ Masculino Femenino

Soltero/a Casado/a Convivencia Viudo/a Separado/a Divorciado/a

Seguro Social: _____

Dirección Residencial: _____

CIUDAD

ESTADO

CODIGO POSTAL

Correo electrónico: _____

Telefono casa: _____ # Celular: _____

Seguro de Ortodoncia

Cobertura Ortodoncia Y N

Nombre de Aseguradora: _____

Teléfono de aseguradora: _____

Nombre del asegurado: _____

Fecha de nacimiento del asegurado : ___/___/___

#SS/ #ID: _____

Relación con el paciente: _____

PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Masculino Femenino

Seguro Social: _____ # Licencia de conducir: _____

Marcar si es igual a la dirección de arriba.

Dirección: _____

CIUDAD

ESTADO

CODIGO POSTAL

Relación con el Paciente: _____

#Teléfono Casa: _____ # Celular: _____

Teléfono Trabajo: _____ Número de años en su trabajo actual? _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Cual seria la mejor manera para contactarlo/a? Celular Casa Trabajo Email

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento : ___/___/___

Seguro Social: _____ # Celular: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Información Dental

Dentista General: _____

Día de última visita/limpieza _____

Como escuchó de nosotros?
Marque todas las que apliquen)

Dentista

Familiar/Amigo

Pagina Web

Google

Social Media

Escuela: _____

Otro (Por favor especifique): _____

Otros miembros de su familia que estén o se hayan tratado con nosotros: _____

Historial Dental

Cuales son las mayores preocupaciones que usted quisiera que el tratamiento de ortodoncia corrigiera?

Ha sido evaluado alguna vez para recibir tratamiento de Ortodoncia?	S	N
Ha tenido alguna dificultad seria /problema asociado a algún trabajo dental previo?	S	N
Ha sufrido en alguna ocasión de lesiones en su cara, boca, dientes o barbilla?	S	N
Cuando? Explique? _____		
Actualmente tiene o ha sufrido de dolor/molestia en la quijada o articulación?	S	N
Le gusta su sonrisa?	S	N
Le sangran las encías?	S	N
Visita al Dentista General de manera regular?	S	N
Tiene problemas del habla?	S	N
Se le ha removido las amígdalas o adenoides?	S	N
Le falta algún diente o tiene algún diente permanente adicional?	S	N
Se cepilla los dientes a diario?	S	N
Usa el hilo dental a diario?	S	N
Alguna vez ha tomado Phen-Fen (Redux, Pondimin)?	S	N
Alguna vez ha tomado Fosamax, u otro tipo de bifosfonato?	S	N
Esta consciente que algunas citas podrían interferir con sus horarios de trabajo o la escuela?	S	N

ALLERGIAS/ PRE-MEDICACION (Marque todas las que apliquen)

<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Eritromicina	<input type="checkbox"/> Penicilina
<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/> Níquel/Metales	<input type="checkbox"/> Tetraciclina
<input type="checkbox"/> Anestésicos	<input type="checkbox"/> Latex	<input type="checkbox"/> Otro: _____
Requiere pre-medicación antes de procedimientos dentales?	S	N

Usted ha tenido alguno/s de los siguientes hábitos?

Apretar/rechinar los dientes	S	N
Chuparse/morderse los labios y/o los dedos	S	N
Problemas del habla	S	N
Respirar por la boca	S	N
Morderse las uñas	S	N
Empujar la lengua	S	N
Utiliza alguna forma de tabaco o cigarrillo	S	N

Entiendo que la información que he proporcionado es correcta, y que es mi responsabilidad informarle a Garcia Family Orthodontics / Ana V. Garcia, DDS PA de cualquier cambio en el estado médico de mi hijo/a o dependiente. Entiendo que soy responsable por los pagos de servicios realizados y por pagar cualquier deducible que mi seguro no cubra. Autorizo el pago de los beneficios de mi seguro a esta oficina.

Firma: _____ Fecha: _____

Historial Médico

Ha experimentado alguno de los siguientes problemas?

Sangrado anormal	S	N
ADD/ ADHD	S	N
Anemia	S	N
Hospitalizaciones/Operaciones Tipo /fecha _____	S	N
Valvulas artificiales	S	N
Soplo del corazón	S	N
Asma	S	N
Transfusión sanguínea	S	N
Cáncer/Quimioterapia	S	N
Varicela	S	N
Defecto congénito del corazón	S	N
Epilepsia/Convulsiones	S	N
Diabetes	S	N
Dificultad Respiratoria	S	N
Problemas Audición	S	N
Problemas Endocrinos	S	N
Actualmente Embarazada	S	N
Artritis	S	N
Prolapso Valvula Mitral	S	N
Problemas Cardíacos	S	N
Hemofilia	S	N
Hepatitis	S	N
Herpes	S	N
Hiper/hipotensión	S	N
Sida/VIH	S	N
Problemas Hígado /Riñón	S	N
Lupus	S	N
Problemas Psiquiátricos	S	N
Fiebre Reumática / Fiebre Escarlata	S	N
Anemia Celulas falciformes	S	N
Sinusitis	S	N
Tuberculosis (TB)	S	N
Sarampión	S	N
Papera	S	N
Polio	S	N
Dolores de cabeza frecuentes	S	N
Enfermedades Venéreas	S	N
Alguna Discapacidad Tipo ? _____	S	N
Abuso Drogas/Alcohol	S	N
Algun tipo de Prótesis	S	N
Difteria	S	N
Enfisema	S	N
Ampolla de fiebre	S	N
Glaucoma	S	N
Enfermedad/ Rasgo de celulas falciformes	S	N
Ataque del Corazón/ Trombosis	S	N
Úlceras, Colitis	S	N

Por favor mencione cualquier problema médico que tenga o haya tenido y/o, medicinas que esta tomando actualmente:
