

Forma de paciente (ADULTO/A)

En esfuerzo por brindar el mejor servicio posible, le pedimos que complete este formulario lo mas complete possible! Gracias por su cooperación!

Información del paciente

Nombre _____ Género M F OTRO
Apellido Nombre primario Segundo

Dirección _____
Número y calle Ciudad Estado Código postal

Email _____ Fecha de nacimiento _____
MM/DD/AA

Estado civil _____

Casa # _____ Trabajo # _____ Célula # _____

Empleador _____ Ocupación _____

Dentista _____ Higienista _____ Última visita _____

¿Como se entero de nuestra oficina? Anuncio Familia/ Amigo(a) Internet Dentista Otro

¿A quien podemos agradecer por su referencia? _____

Esposo (a) / Información de contacto adicional

Nombre _____ Género M F OTRO
Apellido Nombre primario Segundo

Email _____ Relación al paciente _____

Casa # _____ Trabajo # _____ Célula # _____

Información de seguro dental

Nombre del dueño de póliza _____

Numero de teléfono del dueño de póliza _____

Fecha de nacimiento del dueño de póliza _____

Empleador del dueño de póliza _____

Dirección de domicilio del dueño de póliza _____

Relación al paciente _____

Nombre de seguro _____ Grupo # _____ ID # _____

Numero de teléfono de seguro _____

Información de seguro dental secundario

Nombre del dueño de póliza _____

Numero de teléfono del dueño de póliza _____

Dirección de domicilio del dueño de póliza _____

Fecha de nacimiento del dueño de póliza _____

Relación al paciente _____

Empleador del dueño de póliza _____

Nombre de seguro _____ Grupo # _____ ID # _____

Numero de teléfono de seguro _____

Historia Medica y Dental

¿Estás bajo el cuidado de un médico? SI NO Sí, por favor explique. _____

Médico (a) _____ Teléfono _____ Última visita _____

¿Está embarazada? SI NO Si, cuantas semanas? _____

¿Cuáles son las principales preocupaciones que le gustaría que lograr con ortodoncia? _____

¿Alguna vez a sido evaluado (a) para tratamiento con ortodoncia? SI NO Sí, por favor explique. _____

¿Le han extirpado las amígdalas o adenoides? SI NO ¿Alguna vez ha experimentado dolor o molestias en las articulaciones de la mandíbula (TMJ / TMD)? SI NO

¿Tiene dientes permanentes extra o faltantes? SI NO

Have you ever had injury to TEETH MOUTH CHIN If yes, explain: _____

¿Tiene problemas para hablar? YES NO If yes, explain: _____

¿Te sangran las encías? SI NO ¿Fuma? SI NO ¿Le gusta su sonrisa? SI NO

¿Tiene alguno de los siguientes hábitos?

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mordiendo/chuparse los labios | <input type="checkbox"/> Uso prolongado de botella o chupon | <input type="checkbox"/> Respirador bucal | <input type="checkbox"/> Chuparse el dedo/dedos |
| <input type="checkbox"/> Morder las unas | <input type="checkbox"/> Apretar/rechinar los dientes | <input type="checkbox"/> Empuje de lengua | <input type="checkbox"/> Problema de masticar /comer |

¿Es alérgico (a) a alguno de los siguiente?

- | | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Metal/plástico | <input type="checkbox"/> Anestésicos dentales | <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Otro |
|---|---|--------------------------------|-------------------------------|

Historia Medica y Dental ADICIONAL

Liste todos los medicamentos que está tomando actualmente: Esto incluiría recetas, dieta o medicamentos de venta libre. Por favor incluya la dosis.

Describa cualquiera condición médica grave: Esto incluiría alergias, enfermedades graves, operaciones, hospitalizaciones o cirugías.

¿Tiene alguno de los siguientes?

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> TOS PERSISTENTE | <input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN | <input type="checkbox"/> DIFICULTAD PARA RESPIRAR |
| <input type="checkbox"/> SANGRANDO ABNORMAL | <input type="checkbox"/> TOSER SANGRE | <input type="checkbox"/> HIV+/AIDS | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES |
| <input type="checkbox"/> ANEMIA | <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> DOLOR DE MANDIBULAR | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE LOS SENOS NASALS |
| <input type="checkbox"/> HUESOS/ ARTICULACIONES/VÁLVULAS ARTIFICIALES | <input type="checkbox"/> RESPIRACIÓN DIFICULTOSA | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE RIÑÓN | <input type="checkbox"/> ERUPCIÓN CUTANEA |
| <input type="checkbox"/> ASMA | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA/CONVULSIONES/DESMAYOS | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DEL HIGADO | <input type="checkbox"/> HINCHAZÓN DER PIES OR TOBILLOS |
| <input type="checkbox"/> ARTRITIS | <input type="checkbox"/> AMPOLLAS DE FIEBRE/ HERPES | <input type="checkbox"/> PROLAPSO DE LA VÁLVULA MITRAL | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS TIROIDEOS |
| <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE ESPALDA | <input type="checkbox"/> GLAUCOMA | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS | <input type="checkbox"/> HABITO DE FUMAR |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE SANGRE | <input type="checkbox"/> ATAQUE CARDIAC / ACCIDENTE CEREBROVASCULAR | <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO DE RADIACIÓN | <input type="checkbox"/> AMIGDALITIS |
| <input type="checkbox"/> TRANSFUSION DE SANGRE | <input type="checkbox"/> SOPLO CARDIACO | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RESPIRATORIA | <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS (TB) |
| <input type="checkbox"/> CANCER/QUIMIOTERAPIA | <input type="checkbox"/> CIRUGIA DE CORAZON/MARCAPASOS | <input type="checkbox"/> FIEBRE REUMÁTICA/ ESCARLATINA | <input type="checkbox"/> ULCERAS / COLITIS |
| <input type="checkbox"/> DEPENDENCIA QUÍMICA | <input type="checkbox"/> HEMOFILIA | <input type="checkbox"/> REUMATISMO | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD VENÉREA |
| <input type="checkbox"/> PROBLEMAS CIRCULATORIOS | <input type="checkbox"/> HEPATITIS | <input type="checkbox"/> DOLORES DE CABEZA SEVEROS / FRECUENTES | |
| <input type="checkbox"/> DEFECTO CARDIAC CONGÉNITO | | | |
| <input type="checkbox"/> TRATAMIENTOS CON CORTISONA | | | |

FIRMA

Entiendo que la información que he dado hoy es correcta a mi leal saber y entender. También entiendo que esta información se mantendrá en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a la oficina de cualquier cambio en mi estado médico.

Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con mi tratamiento médico necesaria para procesar cualquier reclamo de seguro. Además, autorizo la solicitud de beneficios en mi nombre para los servicios cubiertos y el pago de cualquier beneficio a la oficina. Entiendo que soy responsable de cualquier monto que no cubra el seguro.

Entiendo que cuando sea apropiado, se pueden obtener informes de la agencia de crédito.

Presentado por _____ Fecha _____