

Forma de paciente (HIJO/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 _____ Apellido Nombre primario Segundo Apodo _____

Dirección _____
Número y calle Ciudad Estado Código postal

Género M F OTRO Email _____ Fecha de nacimiento _____
MM/DD/AA

Numero de Celular _____ Escuela _____ Grado _____

Deportes / Instrumentos musicales: _____

Hermanos/hermanas _____
Nombres y fechas de nacimiento

Dentista _____ Higienista _____ Última visita _____

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

Familiares atendidos por nuestra oficina: _____ A quien podemos agradecer por su referencia _____

Informacion del padre/madre o guardian

Madre Padre Madrastra Padrastro Guardian

Nombre _____ Apellido Nombre primario Segundo Género M F OTRO

Dirección _____
(Si es diferente al del paciente) Número y calle Ciudad Estado Código postal

Estado civil _____ Fecha de nacimiento _____ Email _____
MM/DD/AA

Casa # _____ Trabajo # _____ Célula # _____

Empleador _____ Ocupación _____

Informacion del padre/madre o guardian

Madre Padre Madrastra Padrastro Guardian

Nombre _____ Apellido Nombre primario Segundo Género M F OTRO

Dirección _____
(Si es diferente al del paciente) Número y calle Ciudad Estado Código postal

Estado civil _____ Fecha de nacimiento _____ Email _____
MM/DD/AA

Casa # _____ Trabajo # _____ Célula # _____

Empleador _____ Ocupación _____

Información del contacto de emergencia

Nombre _____
Apellido Nombre primario Segundo

Numero de Celular _____ Email _____

Personas autorizadas para recibir información médica y citas del paciente: _____

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 _____

Nombre de seguro _____ Grupo # _____ ID # _____

Numero de teléfono de seguro _____

Dirección de domicilio del dueño de póliza _____

Relación al paciente _____

Información de seguro dental secundario

Nombre del dueño de póliza _____

Numero de teléfono del dueño de póliza _____

Fecha de nacimiento del dueño de póliza _____

Empleador del dueño de póliza _____

Nombre de seguro _____ Grupo # _____ ID # _____

Numero de teléfono de seguro _____

Dirección de domicilio del dueño de póliza _____

Relación al paciente _____

Historia Médica y Dental

¿Esta el paciente bajo el cuidado de un médico? SI NO Sí, por favor explique: _____

Médico (a) _____ Teléfono _____ Última visita _____

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

¿A sido su hijo/a a evaluado para tratamiento ortodontico? SI NO Sí, por favor explique: _____

¿Ha comenzado la pubertad de la menstruación? SI NO

¿Esta la paciente embarazada? SI NO ¿Esta su hijo/a amamantando? SI NO ¿Esta tomando la paciente anticonceptivos? SI NO

¿Le han removido las anginas y/o adenoides al paciente? SI NO

¿A experimentado el paciente dolor o incomodidad de la mandibula? SI NO

Historia Medica y Dental ADICIONAL

¿Tiene el paciente problemas de habla? SI NO

Sí, por favor explique: _____

¿Le sangran las encías a el paciente? SI NO

¿Es feliz su hijo/hija con su sonrisa? SI NO

Su hijo/a a sido herido en: Los Dientes La Boca La Barbilla

Sí, por favor explique: _____

¿Tiene el paciente dientes permanentes extras o ausentes? SI NO

¿A su hijo/a tomado drogas referidas como FenPhen, Redux, o Pondimin? SI NO

¿Su hijo 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 el paciente alergico a uno de los siguientes?

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

Escriba todas las drogas que este tomando el paciente en este momento: Esto incluiría recetas, dieta o medicamentos de venta libre. Por favor incluya la dosis.

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

¿Ha tenido su hijo alguna de las siguientes situaciones?

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <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

Yo comrendo que la informacion que he sometido hoy es correcta a lo major de mi conocimiento. Tambien entiendo que esta informacion se mantendra bajo la mas estricta confidencia y es mi responsabilidad informar a la oficina de cual quier cambio en el estado medico de mi hijo/a.

Yo autorizo la liberacion de cualquier informacion relacionada con el tratamiento medico de mi hijo/a necesario para procesar cualquier reclamo de seguro. Ademas 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 balance que no sea cubierto por el seguro.

Yo comprendo que cuando sea apropiado, se pueden obtener informes de la agencia de credito.

Presentado por _____

Fecha _____