

DÍGANOS SOBRE USTED

Fecha de Hoy: _____

Apodo o Nombre preferido: _____

Nombre: _____
 Apellido Nombre MI

E-Mail: _____

SS# _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____

Edad: _____ Masculino Femenino

Pasatiempo/Deportes: _____

Casa #: (_____) _____

Cel #: (_____) _____

Dirección: _____

 Ciudad Estado Zip

SEGURO DE ORTODONCIA

Cobertura de Ortodoncia: Si No

Nombre de Seguro: _____

Dirección de Seguro: _____

 Ciudad Estado Zip

Teléfono de Seguro#: (_____) _____

Asegurado Principal de la
 Póliza : _____

Relación con el paciente: _____

Fecha de Nacimiento del asegurado principal
 ____/____/____

SS#: _____

Empleador: _____

Dirección de Trabajo: _____

 Ciudad Estado Zip

Grupo # : _____

¿Esta póliza ha sido utilizada para Tratamiento de
 ortodoncia anteriormente?

Si No

PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA

Nombre: _____ Relación al paciente: _____

Dirección de pago: _____

 Ciudad Estado Zip

Casa #: (_____) _____ Cel #: (_____) _____

Trabajo #: (_____) _____ Ext: _____

LM#: _____ SS#: _____

¿Cuáles son las preocupaciones que le gustaría que su tratamiento de ortodoncia corrigiera? _____

¿Alguna vez ha tomado Phen-Fen?
(También Conocido como Redux or Pondimin) Si No

¿Alguna vez ha sido evaluado o ha tenido tratamiento de Ortodoncia antes? Si No

¿Ha sufrido alguna lesión en la cara, boca, dientes o barbilla? Si No

Anote cualquier instrumento musical que toque:

¿Las adenoides o amígdalas han sido removidas? Si No

¿Se le ha informado de dientes ausentes o extra? Si No

¿Ha tenido dolor o molestias en la articulación de la mandíbula (TMJ / JMD)? Si No

¿Se cepilla los dientes todos los días? Si No

¿Usa el hilo dental todos los días? Si No

Nombre de su Médico: _____

Teléfono#: (____) _____ Fecha de su ultima visita _____

¿Está usted bajo el cuidado de un médico? Si No

Describa su estado de actual de salud:

Buena Regular Pobre

Por favor, anote todos los medicamentos que está tomando actualmente:

Énumere todos los medicamentos/cosas a los que usted es alérgico:

¿ALGUNA VES HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?

- | | |
|--|--|
| S N Sangrado anormal | S N Convulsiones / Epilepsia |
| S N ADD / ADHD | S N Diabetes |
| S N Alergias a medicamentos | S N Impedimentos |
| S N Alergia al látex | S N Alergias al metal |
| S N Discapacidad auditiva | S N Alérgico al plástico |
| S N Murmullo del corazón | S N Ha estado hospitalizado |
| S N Hemofilia | S N Operaciones |
| S N Hepatitis | S N VIH / SIDA |
| S N Asma | S N Problemas renales / hepáticos |
| S N Cáncer | S N Tuberculosis (TB). |
| S N Defecto congénito del corazón | S N Espectro de autismo |
| S N Prótesis del corazón o Articulaciones | |
| S N Fiebre reumática / escarlata | |

Por favor, describa cualquier problema médico que haya tenido:

¿ALGUNA VES HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES MÉDICAS?

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|
| S N Hábitos de Biberón | S N Morderse los labios |
| S N Problemas del habla | S N Respirador bucal |
| S N Morderse las uñas | S N Empuje de la lengua |
| S N Hábito de chupar el dedo | |
| S N Apretar dientes o Bruxismo | |

VECINO O RELATIVO NO VIVIENDO CON USTED.

Nombre: _____ Tel: (____) _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Zip

- Reconozco que la información contenida en el expediente de salud es autentica. Es mi responsabilidad informar con prontitud a esta oficina cualquier cambio que haya surgido en esta.
- Esta oficina se reserva el derecho de verificar y extender el crédito a potenciales pacientes y/o padres de los pacientes; así como también queda a nuestra discreción la solicitud de uno o mas servicios de reporte de crédito.
- Autorizo al personal odontológico a realizar cualquier servicios dentales que pueda necesitar.
- Si esta oficina acepta un seguro, soy responsable de los pagos de servicios prestados y asi como también responsable de pagar cualquier copago y deducibles que mi seguro no cubra.

Firma

Fecha

He leído las preguntas anteriores y las entiendo. El Ortodoncista ni ningún miembro de su personal es responsable de los errores u omisiones que he cometido al completar este formulario. Notificaré a mi Ortodoncista de cualquier cambio en mi salud médica o dental.

El padre o tutor que acompaña a este niño es responsable del pago. Nuestra oficina está comprometida en cumplir o superar los estándares de control de infecciones exigidos por OSHA, CDC y ADA.