



**INFORMACION DEL PACIENTE**  
**INFORMACION DEL PACIENTE**

Fecha \_\_\_\_\_

**Nombre** \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Apellido** \_\_\_\_\_

M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**Numero del Telefono** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor ,el (los) nombre (s) de los padres / tutores \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nuestra oficina? \_\_\_\_\_

**Escuela** \_\_\_\_\_ **Grado** \_\_\_\_\_

**Niños / Hermanos: Nombre (s)** \_\_\_\_\_ **Edad(s)** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE**

**Propio / Padre / Tutor** \_\_\_\_\_

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Apellido** \_\_\_\_\_

**Dirección de envío** \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo en esta dirección? \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_

Teléfono móvil \_\_\_\_\_ ¿Podemos enviarte mensajes de texto?:  SI  NO

**Dirección de correo electrónico** \_\_\_\_\_

**Relación con el paciente** \_\_\_\_\_

**Empleador** \_\_\_\_\_ **Ocupación** \_\_\_\_\_ **No. years employed** \_\_\_\_\_

**Persona financieramente responsable de esta cuenta:** Yo \_\_\_\_\_ Esposo \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Guardian \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SEGURO DENTAL**

(Si tiene cobertura dental, proporcione la tarjeta)

**Nombre del asegurado** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_ **Seguridad Social #** \_\_\_\_\_

**Empleador** \_\_\_\_\_

**Compañía de seguros** \_\_\_\_\_ **Numero de seguro** \_\_\_\_\_

Tienes doble cobertura? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE EMERGENCIA**

**Contacto de emergencia (más cercano a usted)** \_\_\_\_\_ **Relación con el paciente** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_ **Numero del Telefono** \_\_\_\_\_

# HISTORIAL MÉDICO

Doctor \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Numero del Telefono \_\_\_\_\_

Marque con un círculo Sí o No (en caso afirmativo, complete los detalles):

- SI No ¿Goza de buena salud? \_\_\_\_\_  
SI No ¿Tiene antecedentes de una enfermedad grave? \_\_\_\_\_  
No ¿Ha tenido alguna operación o ha sido hospitalizado? \_\_\_\_\_  
SI No ¿Alguna vez ha estado involucrado en un accidente grave? \_\_\_\_\_  
SI No ¿Ha fumado o mascado tabaco alguna vez? \_\_\_\_\_  
SI No ¿Ha visto a un médico en los últimos 12 meses? ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
SI No ¿Está tomando algún medicamento recetado y / o de venta libre? \_\_\_\_\_  
SI No ¿Es alérgico a algún medicamento o sustancia (incluido el látex o los metales)? \_\_\_\_\_  
SI No ¿Se han extraído amígdalas o adenoides? \_\_\_\_\_

## Pacientes Femeninos solamente:

- SI No ¿Estás embarazada? \_\_\_\_\_  
SI No ¿Estás amamantando? \_\_\_\_\_

## Encierre en un círculo cualquiera de las afecciones médicas que haya tenido o tenga actualmente:

Sangrado anormal / Anemia por hemofilia	Trastorno	Problemas cardíacos	Hepatitis / Ictericia	Neumonía	Sangrado prolongado
Artritis asma	Trastorno	Presión arterial alta / baja	Herpes / Herpes labial	Problemas psiquiátricos	
Trastornos óseos	Epilepsia / convulsiones	VIH + / SIDA	Problemas cardíacos	Neumonía	Sangrado prolongado
Bronquitis Cáncer	Trastorno del crecimiento	Presión arterial alta / baja	Hepatitis / Ictericia	Problemas psiquiátricos	
Trastorno del desarrollo con diabetes por defecto cardíaco congénito	Enfermedad renal	VIH + / SIDA	Herpes / Herpes labial	Radiación / Quimioterapia	Enfermedad reumática
	Fiebre del heno / alergias	Enfermedad hepática por leucemia	Enfermedad hepática por leucemia	Enfermedad de transmisión sexual	Problemas sinusales
	ataque cardíaco / accidente cerebrovascular	Problemas pulmonares / respiratorios	Migrañas / dolores de cabeza severos	Problemas de estómago	Problemas de tiroides
	Soplo cardíaco	Trastornos nerviosos		Tuberculosis	

¿Hay alguna condición médica que no hayamos discutido y que crea que deberíamos conocer? \_\_\_\_\_

# HISTORIA DENTAL

Dentista general \_\_\_\_\_ Numero del Telefono \_\_\_\_\_

Fecha del examen / limpieza / radiografía más reciente \_\_\_\_\_

¿Cuáles son los problemas que le gustaría que corrigiera la Ortodoncia? \_\_\_\_\_

- SI No ¿Alguna vez ha recibido o ha sido evaluado para un tratamiento de ortodoncia? \_\_\_\_\_  
SI No ¿Tiene algún dolor dental? \_\_\_\_\_  
SI No ¿Alguna vez ha perdido o astillado algún diente? \_\_\_\_\_  
SI No ¿Alguna vez le han informado de algún diente extra o faltante? \_\_\_\_\_  
SI No ¿Ha habido alguna lesión en la cara, boca o dientes? \_\_\_\_\_  
SI No ¿Alguna parte de la boca es sensible a la temperatura? ¿Dónde? \_\_\_\_\_  
SI No ¿Alguna parte de la boca es sensible a la presión? ¿Dónde? \_\_\_\_\_  
SI No ¿Te sangran las encías cuando te cepillas? \_\_\_\_\_  
SI No ¿Está consciente de que la articulación de su mandíbula chasquea o estalla (TMJ / TMD)? \_\_\_\_\_  
SI No ¿Es consciente de apretar / rechinar los dientes? \_\_\_\_\_  
SI No ¿Tiene dolores de cabeza? \_\_\_\_\_  
SI No ¿Te chupas el dedo? \_\_\_\_\_  
SI No ¿Tiene problemas del habla? \_\_\_\_\_  
SI No ¿Respira por la boca? \_\_\_\_\_  
SI No ¿Alguien de su familia ha recibido tratamiento de ortodoncia? \_\_\_\_\_  
SI No ¿Sabe que algunas citas serán durante el horario escolar / trabajar? \_\_\_\_\_

*El abajo firmante autoriza al médico a tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías u otras ayudas diagnósticas que el médico considere apropiadas para realizar un diagnóstico completo de las necesidades dentales del paciente y realizar una evaluación ortodóncica completa. También autorizo al médico a realizar todos los tratamientos recomendados mutuamente acordados por mí y el médico. Entiendo que soy responsable del pago de los servicios prestados y también responsable de pagar cualquier copago y deducible que mi seguro no cubra. En caso de incumplimiento de los arreglos de pago acordados, soy responsable de los costos de cobro razonables. He respondido con sinceridad a todas las preguntas anteriores y estoy de acuerdo y entiendo que es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi historial médico o dental. Reconozco que he revisado una copia de la Hoja de datos de seguridad de los materiales dentales y el Aviso de prácticas de privacidad de HIPPA.*

Firma (padre / parte responsable si es menor de edad): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del médico (revisión verbal de la información médica): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Changes:

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_