

INFORMACIÓN DEL PACIENTE - ADULTO

Nombre del paciente: _____ Sexo: _____

Su Apodo: _____ Pasatiempos: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Número de seguro social: _____

Email: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Direccion de casa: _____

Calle, ciudad, estado, código postal

Es dueño de su casa o renta? _____ Desde cuando? _____

Ocupación: _____ Empleado por: _____

Por cuanto tiempo? _____ Teléfono del trabajo: _____

Estado civil: ___ Soltero(a) ___ Casado(a) ___ Divorciado(a) ___ Separado(a) ___ Con Pareja ___ Viudo(a)

Contacto de emergencia: _____ Relación con paciente: _____

Telefono de contacto de emergencia: _____

Empleado por: _____ Teléfono del trabajo: _____

INFORMACIÓN GENERAL

Quien lo refirio a nuestra oficina? _____

Alguien en su familia ha recibido tratamiento de ortodoncia? _____

Ha visitado nuestro Website? ___ Usa los comentarios en Facebook, Google, o Yelp? (Circule las que apliquen)

Cual buscador prefiere usar (Google, Bing, Explorer)? _____

Tiene usted una necesidad especial o dificultades del procesamiento sensorial? _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO DENTAL

Nombre del Asegurado: _____ # del seguro social del asegurado: _____

Fecha de nacimiento: _____ Compañía de seguro: _____

Direccion de la compania del seguro: _____

Empleado por: _____ Teléfono de la compañía del seguro: _____

Numero de poliza: _____ Número de grupo: _____

HISTORIA DE SALUD

Nombre de su dentista : _____ ___No tengo ___No me acuerdo

Cuando fue su última cita dental?: Hace menos de 6 meses Hace 6-12 meses Hace más de 12 meses

Está usted embarazada? No Sí El paciente está bajo el cuidado de un médico? No Yes

El paciente esta tomando medicamentos? _____

El paciente está tomando o ha tomado bifosfonatos? Esto incluye medicaciones que fortalecen los huesos, como: Actonel, Aredia, Boniva, Fosamax, Didronel, Skelid, Zometa, otro: _____

Para el **tratamiento ortodóntico**, por favor déjenos saber si ahora o en el pasado ha tenido (marque todas las que correspondan):

- Ha sido evaluado para tratamiento ortodóntico Se le ha fracturado un diente
 Ha recibido una lesión en la cara, boca, dientes o barbilla Dificultad para respirar
 Tiene algún dolor o sonidos en la articulación de la mandíbula Ha tenido problemas con trabajo dental
 Le han dicho que tome un antibiótico antes de las visitas al dentista. Le han extraído las amígdalas y adenoides

El paciente tiene algunas de estas **condiciones médicas** (marque todas las que correspondan)?

- No existen problemas médicos** Autismo cáncer cardiopatía congénita
 convulsiones/epilepsia diabetes dificultades del procesamiento sensorial discapacidad
 hepatitis HIV/AIDS hospitalizaciones huesos o articulaciones anormales lupus
 problemas de la circulación problemas del oído problemas con los riñones o hígado
 problemas sinusales crónicos respiración abnormal sangrado anormal soplo cardiaco
 trastornos del crecimiento Trastorno hiperactivo y deficiencia de atención (ADD/ADHD)

Alergias (circule las que apliquen a usted): **No existen alergias** Anestesia Dental Antibióticos
 Aspirina Codeína Látex Metal Plástico

Por favor escriba otras alergias no mencionadas: _____

Escriba problemas médicos serios que usted haya tenido: _____

El paciente alguna vez ha tenido los siguientes hábitos (marque todas las que correspondan)?

- Rechinar los dientes Respirador Bucal Morderse las uñas Chuparse los labios Problemas del habla o Terapia del habla Ronca Se chupa los dedos Uso de Tabaco Mastica Hielo / Plumas / Lápices / Botellas de Agua. Otros Hábitos? Cuales? _____ **No existen habitos.**

Higiene Dental (circule las que apliquen al paciente): Cepillar los dientes mínimo dos veces al día, Usar hilo dental con regularidad, Sangrado de las encías, Tomar suplementos de fluoruro.

Por favor enliste cualquier otra preocupación dental que pueda ser util: _____

CONFIRMAR - REQUIRED

-Yo confirmo que la información que he dado sobre el paciente es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que esta informacion se llevara a cabo en la más estricta privacidad y es mi responsabilidad de informar a la oficina de cualquier cambio en el estado médico del paciente. Autorizo al Dr. Garcia y a su personal dental a realizar los servicios dentales necesarios que el paciente pueda necesitar durante su diagnostico y tratamiento con mi consentimiento. (Firmará este cuestionario médico en su cita)

Firma _____ Fecha _____

GRACIAS POR LLENAR ESTA FORMA COMPLETAMENTE

Inscriba a sus hijos a nuestro club de niños!

- Dr. García puede monitorear el crecimiento y desarrollo de los dientes de su niño.
- Dr. García no cobra por este servicio.
- Si su hijo o hija aún no ha cumplido 7 años, mantendremos su nombre en nuestro Sistema cuando se acerquen sus 7 años de edad, nos pondremos en contacto con usted para hacer cita para su evaluación gratuita.

Mencione algún miembro de la familia que le gustaría recibir un examen inicial de cortesía a la edad de 7 años.	
Nombre	Fecha de Nacimiento
Miembros adicionales de la familia mayores de 7 años que necesitan recibir un examen inicial de cortesía en el futuro.	
Nombre	Fecha de Nacimiento

Es nuestro honor y nuestro privilegio brindarle el mejor cuidado de ortodoncia mientras creamos su hermosa sonrisa!

Atentamente,

Dr. Garcia