

INFORMACIÓN DEL PACIENTE - MENOR DE 18

Nombre del paciente: _____ Sexo: _____

Su Apodo: _____ Pasatiempos: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Teléfono de casa: _____ En que escuela está su hijo(a): _____

Dirección de casa: _____
Calle, ciudad, estado, código postal

Estado civil de los padres: Soltero(a) Casados Divorciados Separados Son Pareja Viudo(a)

Nombre del Papá: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de seguro social: _____ Email: _____

Dirección de casa: _____ Celular: _____
Calle, ciudad, estado, código postal

Es dueño o renta? _____ Desde cuando? _____

Ocupación: _____ Empleado por: _____

Por cuanto tiempo? _____ Teléfono del trabajo: _____

Nombre de Mamá: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de seguro social: _____ Email: _____

Dirección de casa: _____ Celular: _____
Calle, ciudad, estado, código postal

Es dueño(a) o renta? _____ Desde cuando? _____

Ocupación: _____ Empleado por: _____

Por cuanto tiempo? _____ Teléfono del trabajo: _____

INFORMACIÓN GENERAL

Quien lo refirio a nuestra oficina? _____

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

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

Alguien en su familia ha recibido tratamiento de ortodoncia? _____

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: _____

Dirección de la compania del seguro: _____

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

GRACIAS POR LLENAR ESTE FORMA COMPLETAMENTE

Número de póliza: _____ 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 se __No __Si 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 fortalezcan 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 anormal
- 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): Tomar suplementos de fluoruro, Sangrado de las encías,

Cepillar los dientes mínimo dos veces al día, Usar hilo dental con regularidad.

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

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 ESTE 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