

### INFORMACIÓN DE PACIENTE ADULTO

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero \_\_\_\_ Casado \_\_\_\_ Separado \_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección de correo \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Cel. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Años empleado \_\_\_\_\_

Idioma preferido: Inglés \_\_\_\_ Español \_\_\_\_ Portugués \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

¿A quién podemos agradecer por haberlo referido a nosotros? \_\_\_\_\_

Dentista \_\_\_\_ Familiar \_\_\_\_ Amigo \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_ (Google, Yahoo, Yelp, Sitio web, Red social, Healthgrades, American Association of Orthodontists, American Board of Orthodontics)

---

### INFORMACIÓN DE CÓNYUGE

Nombre del cónyuge \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Años empleado \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Cel. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

---

### INFORMACIÓN DE SEGURO DENTAL

Nombre de la Compañía \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Titular de la póliza \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del titular \_\_\_\_\_

ID o SSN de la póliza \_\_\_\_\_ No de grupo \_\_\_\_\_ Relación del titular con el paciente \_\_\_\_\_

¿Cree que su seguro cambiará dentro de los siguientes 6 a 12 meses? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

## HISTORIAL MÉDICO

Marque todas las condiciones médicas que el paciente ha tenido o que actualmente tiene:

- |  |   |
|--|---|
| Sí ___ No ___ Sangrado anormal               | Sí ___ No ___ Soplo del corazón             |
| Sí ___ No ___ ADHD                           | Sí ___ No ___ Hepatitis                     |
| Sí ___ No ___ Anemia                         | Sí ___ No ___ Presión Arterial Alta         |
| Sí ___ No ___ Artritis                       | Sí ___ No ___ VIH/SIDA                      |
| Sí ___ No ___ Asma                           | Sí ___ No ___ Hospitalización               |
| Sí ___ No ___ Huesos/Coyunturas artificiales | Sí ___ No ___ Problemas de riñones/hígado   |
| Sí ___ No ___ Válvula cardíaca artificial    | Sí ___ No ___ Lupus                         |
| Sí ___ No ___ Cáncer                         | Sí ___ No ___ Prolapso de la válvula mitral |
| Sí ___ No ___ Quimioterapia                  | Sí ___ No ___ Problemas psiquiátricos       |
| Sí ___ No ___ Defecto cardíaco congénito     | Sí ___ No ___ Radioterapia                  |
| Sí ___ No ___ Diabetes                       | Sí ___ No ___ Fiebre reumática/Escarlatina  |
| Sí ___ No ___ Dificultad al respirar         | Sí ___ No ___ Sinusitis                     |
| Sí ___ No ___ Epilepsia                      | Sí ___ No ___ Derrame cerebral              |
| Sí ___ No ___ Trastorno gastrointestinal     | Sí ___ No ___ Problemas de las tiroides     |
| Sí ___ No ___ Discapacidades                 | Sí ___ No ___ Tuberculosis (TB)             |
| Sí ___ No ___ Deficiencia auditiva           | Sí ___ No ___ Enfermedad venérea            |
| Sí ___ No ___ Problemas/Cirugía del corazón  | Sí ___ No ___ Alergias _____                |

Si marcó Sí en alguna, favor de explicar: \_\_\_\_\_

¿El paciente ha tenido alguna enfermedad, cirugía o condición médica que no se mencione arriba? \_\_\_\_\_

Por favor, enumere todos los medicamentos que toma: \_\_\_\_\_

¿Tiene alergia a alguno de los siguientes?:

- Medicamentos: \_\_\_\_\_
- |                                   |   |                                |                                     |
|-----------------------------------|---|--------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acrílico | <input type="checkbox"/> Codeína          | <input type="checkbox"/> Látex | <input type="checkbox"/> Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Anestesia Dental | <input type="checkbox"/> Metal | <input type="checkbox"/> Plástico   |

## HISTORIAL DENTAL

- |   |   |
|---|---|
| Sí ___ No ___ Lesiones en la cara / dientes   | Sí ___ No ___ Dolor/Ruido en la coyuntura                     |
| Sí ___ No ___ Experiencias dentales incómodas | Sí ___ No ___ Respiración por la boca                         |
| Sí ___ No ___ Dientes faltantes               | Sí ___ No ___ Enfermedad periodontal / Sangrado de las encías |
| Sí ___ No ___ Dientes extras                  | Sí ___ No ___ Resorción de raíces                             |
| Sí ___ No ___ Hábito del dedo                 | Sí ___ No ___ Problemas del habla                             |
| Sí ___ No ___ Hábito de la lengua             | Sí ___ No ___ Otro tratamiento de ortodoncia                  |
| Sí ___ No ___ Rechinamiento de dientes        | Sí ___ No ___ ¿Le gusta su sonrisa?                           |

Fecha de la última visita dental del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre y teléfono del dentista del paciente: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Nombre Teléfono

Yo entiendo que la información que he dado hoy es correcta a mi leal saber. También entiendo que esta información se mantendrá con la más estricta confidencialidad y que es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio. Yo autorizo al personal dental para llevar a cabo cualquier servicio dental durante los diagnósticos y tratamientos con mi consentimiento informado.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

## PARA USO DE LA OFICINA ÚNICAMENTE

He repasado verbalmente la información médica/dental del paciente.

Comentarios del doctor \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_