

INFORMACIÓN DEL PACIENTE – PARA PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS

Fecha _____

Nombre del paciente _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Apodo _____ Fecha de Nacimiento _____

Domicilio _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de casa (____) _____ Cel. (____) _____ Correo electrónico _____

Idioma preferido: Inglés _____ Español _____ Portugués _____ Otro _____

Escuela _____ Deportes/Pasatiempos _____

¿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 LOS PADRESNombre de la madre _____ Fecha de Nacimiento _____
Apellido Nombre Segundo NombreDomicilio _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de casa (____) _____ Cel. (____) _____ Correo electrónico _____

Empleador _____ Ocupación _____ Teléfono de trabajo (____) _____

Nombre del padre _____ Fecha de Nacimiento _____
Apellido Nombre Segundo NombreDomicilio _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de casa (____) _____ Cel. (____) _____ Correo electrónico _____

Empleador _____ Ocupación _____ Teléfono de trabajo (____) _____

Estado civil de los padres: Solteros _____ Casados _____ Separados _____ Divorciados _____ Viudo _____

Contacto principal: Madre _____ Padre _____ Responsable de la cuenta _____

INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA CUENTANombre _____
Apellido Nombre Segundo NombreDomicilio _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de casa (____) _____ Cel. (____) _____ Correo electrónico _____

Empleador _____ Ocupación _____ 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 _____