

INFORMACION DEL PACIENTE – PARA MENORES DE 18 AÑOS

Fecha _____

Nombre del Paciente _____
Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre

Dirección _____
Calle Ciudad Código Postal

Fecha de Nacimiento _____ # de Seguro Social _____

Escuela _____ Deportes/Actividades _____

Nombre del Padre/Madre _____

A quién podemos agradecer el haberlo/a referido con nosotros? _____

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre _____
Apellidos Nombres

Dirección _____
Calle Ciudad Código Postal

Dirección de Correspondencia _____
Calle Ciudad Código Postal

Cuánto tiempo vive en esa dirección? _____ # Telefónico _____ # Telf.Trabajo _____

Celular _____ Proveedor de Servicio Celular _____ Correo electronico _____

Dirección anterior (si son menos de 3 años en su Nuevo lugar) _____

de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Relación con el paciente _____

Empleador _____ Ocupación _____ # años trabajando ahí _____

Nombre de su esposo/a _____ Relación con el paciente _____

Empleador _____ Ocupación _____ # años trabajando ahí _____

de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ # Telf.Trabajo _____

INFORMACION DE SEGURO DENTAL

Nombre del Suscriptor _____ # Seguro Social del Suscriptor _____

Compañía de Seguro _____ # de grupo _____ # de Identificación _____

Dirección de la Compañía de Seguro _____ # Telefónico _____

Tiene segunda cobertura? Si ___ No ___ En caso de que si tenga otro seguro:

Nombre del Suscriptor _____ # Seguro Social del Suscriptor _____

Compañía de Seguro _____ # de grupo _____ # de Identificación _____

Dirección de la Compañía de Seguro _____ # Telefónico _____

INFORMACION DE EMERGENCIA

Nombre del familiar más cercano que no viva con usted _____

Dirección _____
Calle Ciudad Código Postal

de Teléfono _____

Entiendo, que si es apropiado, reportes del buró de crédito pueden ser requeridos.

Firma del Representante Legal _____

Cambios (Iniciales y Fecha) _____

HISTORIA MEDICA

Nombre de su Médico _____ Fecha de la última visita _____
Dirección _____ # Telefónico _____
Por favor encierre en un círculo SI o NO (En caso de ser SI, por favor escriba los detalles)

SI NO Está tomando alguna medicación? _____
SI NO Es usted alérgico al Bisfosfonato (medicina para la Osteoporosis) o cualquier otro medicamento? _____
SI NO Es alérgico a Latex? _____
SI NO Tiene historia de alguna enfermedad grave? _____
SI NO Ha tenido operaciones? _____
SI NO Ha sufrido algún accidente serio? _____
SI NO Fuma o mastica tabaco? _____
Para Pacientes Mujeres solamente:
SI NO Está embarazada? _____

Encierre en un círculo cualquiera de las condiciones médicas de la siguiente lista que usted haya tenido o que tenga actualmente.

Sangrado Anormal/Hemofilia	Diabetes	Hepatitis/ problemas del hígado	Neumonía
Anemia	Mareos	Herpes	Sangrado Prolongado
Artritis	Epilepsia	Alta Presión Sanguínea	Fiebre Reumática
Asma o Fiebres	Desórdenes Gastrointestinales	VIH/Sida	
Trastornos óseos	Problemas cardiacos	Problemas de Riñón	
Tuberculosis	Defecto Cardíaco Congenito	Soplo Cardíaco	
Radiación/Quimioterapia	Desórdenes Nerviosos	Tumor o Cáncer	

Existe alguna condición médica que no se encuentra en la lista y que necesitamos saber? _____

HISTORIA DENTAL

Dentista General _____ Fecha de su última visita _____
Qué es lo que más le preocupa del aspect de sus dientes? _____

SI NO Tiene actualmente algún dolor en sus dientes? _____
SI NO Ha tenido alguna experiencia dental desfavorable? _____
SI NO Ha tenido cirugía de muelas del juicio? _____
SI NO Tiene algún diente quebrado o algun diente faltante? _____
SI NO Ha sufrido alguna lesion en su rostro, boca o dientes? _____
SI NO Es alguna parte de su boca sensitive a la temperatura? Dónde? _____
SI NO Es alguna parte de su boca sensitive a la presión? Dónde? _____
SI NO Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes? _____
SI NO Tiene algún hábito de jugar con su lengua o poner cosas en sus boca? _____
SI NO Respira por la boca? _____
SI NO Ha visitado antes a un ortodoncista? Quién y cuándo? _____
SI NOCuál es su opinion respecto a recibir tratamiento de ortodoncia? _____
SI NO Alguien de su familia ha recibido tratamiento de ortodoncia anteriormente? _____
SI NO Cómo se sintieron con el resultado? _____
SI NO Siente incomodidad en sus dientes o mandíbulas cuando se levanta en las mañanas? _____
SI NO Sabe si su mandíbula suena o cruje? _____
SI NO Ha notado que durante el día usted aprieta sus dientes? _____
SI NO Alguna vez le han dicho que usted rechina sus dientes? _____
SI NO Está consciente de que algunas de las citas serán durante horas de trabajo? _____

Iniciales del Proveedor _____

BENEFICIOS

Beneficios de la ortodoncia: estética, salud y función. La ortodoncia es un servicio que proporciona una mejora en la apariencia de los dientes, en la función general de los dientes y, en general, en la salud dental. Los dientes, las encías y las mandíbulas son una parte compleja del cuerpo y pueden no responder al tratamiento. Si no se practica una buena higiene oral, se pueden producir caries y encías agrandadas. Malestar en las articulaciones y acortamiento de raíz se observan en un pequeño porcentaje de casos. Los dientes cambian a lo largo de nuestra vida y puede haber algún movimiento de dientes y algunos cambian después del tratamiento. He leído y entiendo este párrafo. También entiendo que mis registros de diagnóstico y mi nombre pueden ser utilizados con fines educativos y promocionales. He respondido con sinceridad todas las preguntas anteriores y acepto informar a esta oficina de cualquier cambio en mi historial médico o dental. Además, autorizo a la Dra. Sheila Luwiharto a realizar una evaluación de ortodoncia completa.

Firma del Representante Legal: _____ Fecha: _____