

Fecha _____

Información Confidencial de responsable

A B C

Nombre _____ Estado Civil _____
Apellido Nombre

Residencia _____ Propia Alquila
Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección Postal _____ **Correo Electronico** _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Tiempo residido en esta dirección _____ Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____

#Del Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el paciente _____

Empleador _____ Ocupación _____ Antigüedad de empleo _____

Nombre de cónyuge _____ Antigüedad de empleo _____
Apellido Nombre

Empleador _____ Ocupación _____ Antigüedad de empleo _____

#Del Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono de trabajo _____

Información Confidencial del paciente

Nombre del paciente _____
Apellido Nombre

Dirección Postal _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de casa _____ Fecha de nacimiento _____ #Del Seguro Social _____

Si paciente es menor de edad, de nombre del padre del tutor _____

A quien podemos dar las gracias por recomendarnos? _____ **Dentista** _____

Información de la seguridad

Nombre del titular de la póliza _____ #Del Seguro Social _____

Compañía de seguros _____ # del grupo _____ # local de Unión _____

Dirección de la compañía de seguros _____ Teléfono de la compañía de seguros _____

Empleador del titular de la póliza _____

Tiene doble cobertura? No Si Si Si:

Nombre del titular de la póliza _____ #Del Seguro Social _____

Compañía de seguros _____ # del grupo _____ # local de Unión _____

Dirección de la compañía de seguros _____ Teléfono de la compañía de seguros _____

Empleador del titular de la póliza _____

Información por emergencia

Nombre del familiar más cercano que no vive contigo _____

Dirección completa _____

Teléfono _____ Relación: _____

Entiendo que en su caso, pueden obtenerse informes del Buro de crédito.

Firma (Del tutor si menor) _____

Actualizada (fecha & poner iniciales) _____

Historial médico

¿Tiene Ud. un médico personal? Sí No

Nombre del médico: _____

Tel: (____) _____ Fecha de la última visita: _____

Su estado actual de salud es: Bueno Regular Pobre

Actualmente, ¿está Ud. bajo atención médica? Sí No

Por favor, explique: _____

¿Fuma Ud. o utiliza alguna forma de tabaco? Sí No

¿Le han puesto varillas de metal, tornillos o implantes? Sí No

¿Está tomando alguna medicina con o sin receta? Sí No

Haga una lista de cada una: _____

¿Ha tomado alguna vez Phen-Fen? Sí No
También conocida como Redux or Pondimin.

Si la ha tomado, ¿cuándo? _____

Para mujeres: ¿Toma Ud. pastillas anticonceptivas? Sí No

¿Está Ud. embarazada? Sí No **Semana #:** _____

¿Está lactando? Sí No

¿Ha tenido Ud. algunas de las siguientes enfermedades o problemas médicos?

- | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Sangrado anormal | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | SIDA | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Herpes/ampollas de fiebre |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Alcohol/abuso de drogas | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Alta presión |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Anemia | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | VIH |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Artritis | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Hospitalización |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Huesos/coyunturas/
válvulas artificiales | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Problemas de los riñones |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Asma | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Enfermedad del hígado |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Baja presión |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Cáncer/Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Lupus |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Colitis | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Prolapso de la válvula mitral |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Defecto congénito del corazón | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Problemas psiquiátricos |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Dificultad respiratoria | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Tratamiento de radiación |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Enfisema | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fiebre reumática/escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Epilepsia | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Desmayos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Varicelas adultas |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Dolores de cabeza frecuentes | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Anemia de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Glaucoma | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Problemas de sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fiebre del heno | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Ataque cardíaco/cirugía | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Problemas de la tiroide |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Soplo del corazón | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis (TB) |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Hemofilia | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Úlceras |
| | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Enfermedades venéreas |

Haga una lista de cualquier condición médica seria que tenga/haya tenido: _____

¿Es Ud. alérgico a cualquiera de las siguientes cosas?

- | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Aspirina | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Eritromicina | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Codeína | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Joyas/metales | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Tetraciclina |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Anestésicos dentales | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Látex | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Otro |

Haga una lista de cualquier otra medicina/material al que sea alérgico: _____

Historial dental

¿Cuáles son las mayores preocupaciones que Ud. quisiera que su tratamiento de ortodoncia corrigiera?

¿Ha sido evaluado alguna vez para recibir tratamiento de ortodoncia? Sí No

¿Ha tenido Ud. problemas serios/complicaciones asociadas con trabajos dentales previos? Sí No

¿Ha experimentado Ud. alguna vez de dolor/incomodidad en las coyunturas de su mandíbula (TMJ / TMD)? Sí No

Su estado actual de salud es: Bueno Regular Pobre

¿Tiene Ud. todavía las muelas del juicio? Sí No

¿Ha sufrido Ud. en alguna ocasión de lesiones en su:

Boca Dientes Barbilla (por favor, circule la respuesta)

¿Tiene Ud. problemas del habla? _____ Sí No

Generalmente, ¿respira Ud. por la boca? Sí No
¿Mientras está despierto? ¿Dormido?

¿Le faltan dientes o tiene dientes permanentes de más? Sí No

¿Está contento con su sonrisa? Sí No

Si respondió que no, ¿qué cambiaría? _____

Entiendo que la información que he proporcionado hoy es hasta donde yo sé correcta. También entiendo que esta información se mantendrá en la más estricta confidencialidad y que es mi responsabilidad informarle a esta oficina de cualquier cambio en mi estado médico. Autorizo al personal dental a llevar a cabo cualquier servicio dental que sea necesario durante mi diagnóstico y tratamiento, con mi consentimiento. Esta oficina se reserva el derecho de verificar el estado del crédito de sus pacientes potenciales y/o los padres del paciente antes de extenderle crédito por el costo del tratamiento, así como de utilizar, a discreción de la oficina, una o más fuentes de reporte de crédito.

Firma _____

Fecha _____

PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

He revisado verbalmente la información médica/dental con el paciente aquí nombrado:

Iniciales: _____ Fecha: _____

Comentarios del doctor: _____

Nuestra oficina cumple con las normas HIPAA y está comprometida con satisfacer o exceder las normas de control de infecciones emitidas por la OSHA, el CDC y la ADA.

Actualización del historial médico

¿Ha ocurrido algún cambio en su estado médico desde su última visita Sí No
Si respondió que sí, por favor explique: _____

¿Ha ocurrido algún cambio en su estado médico desde su última visita Sí No
Si respondió que sí, por favor explique: _____

Firma _____ Fecha _____

Firma del dentista _____ Fecha _____

Firma _____ Fecha _____

Firma del dentista _____ Fecha _____