



Informacion del Paciente

Fecha _____

Nombre del Paciente _____ Sobre Nombre _____

Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

E-mail _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad _____

Sexo: Masculino Femenino

Telefono Celular _____ Telefono Hogar _____

Escuela _____ Grado _____

¿Quien lo refirio a nuestra oficina? _____

Dentista Familiar _____ Ciudad _____

Nombre de los Padres _____

Informacion de la Persona Encargada

Nombre (si es diferente del anterior) _____

Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Telefono Celular _____ Telefono Hogar _____ Telefono Trabajo _____

NSS ____-____-____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Parentezco con el paciente _____

Lugar de Empleo _____

Profesión _____ Cuanto años en esta ocupacion _____

¿Quien es responsable por la cuenta? Usted Padre Madre Otra Persona _____

Estado civil Soltero Casado Divorciado

Nombre del pariente más cercano que no vive con usted _____ Telefono _____

Información Sobre el Seguro de Ortodoncia

Nombre del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ NSS ____-____-____

Compania de Seguros _____ Numero del Grupo _____

Lugar de empleo _____ Telefono _____

Dirección de la Compañía de Seguros _____

¿Tiene seguro adicional? Si No

Nombre del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ NSS ____-____-____

Compania de Seguros _____ Numero de Grupo _____

Lugar de empleo _____ Telefono _____

Dirección de la Compañía de Seguros _____

Esta oficina se reserva el derecho de verificar la situación financiera de los pacientes que se interesan en un plan de pagos.

Firma _____ **Fecha** _____

Historia Medica

Esta ahora bajo tratamiento medico? Si No

Si su respuesta es si bajo que condiciones? _____

Nombre de su Doctor: _____ Telefono _____

Durante los ultimos 5 años, ha sido ud.:

Hospitalizado: Si No

Ha tenido una enfermedad seria: Si No

Ha tenido una operacion mayor: Si No

Tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones? :

Cirugia, enfermedad o ataque al Corazon Si No Enfermedad del tiroides Si No

Angina o Dolor de Pecho Si No Ulceras Si No

Alta/Baja Presion en la sangre Si No SIDA o infectado por HIV Si No

Soplo en el Corazon Si No Hepatitis/enfermedad del higado Si No

Fiebre Reumatica Si No Transfucion de sangre Si No

Lesiones congenitas del Corazon Si No Abuso de Drogas/Alcohol Si No

Valvula artificial de Corazon Si No Hemofilia o sangrado excesivo Si No

Marcapasos Cardíaco Si No Uso de Fen-Phen/pastillas de dieta Si No

Reemplazo de articulacion o implante Si No Transplante de Organos Si No

Enfermedad del Riñon Si No Tratamiento Psiquiatrico Si No

Cancer o Tumores Si No Alergias o Sinusitis Si No

Terapia de Radiacion en cabeza/cuello Si No Asma Si No

Enfermedad de Pulmon/Tuberculosis Si No Uso de bisfosfonato Si No

Diabetes Si No Ataques de Epilepsia Si No

Problemas con su Mandibula Si No Artritis Si No

Es alergico o ha tenido alguna reaccion inusual a alguno de lo siguientes productos?

Latex o productos de Hule Si No

Penicilina Si No

Eritromicina o otros antibioticos Si No

Algunos metales (Niquel, titanio, etc.) Si No

Alguna otra Medicina o Droga Si No

Por favor explique: _____

PARA MUJERES SOLAMENTE:

Esta embarazada o piensa que si? Si No Si es asi, cuantos meses de embarazo? _____

Esta tomando pildoras anticonceptivas? Si No

Si usted esta tomando pildoras anticonceptivas, por favor lea lo siguiente: Antibioticos pueden inactivar las pildoras anticonceptivas. Por lo tanto, si se le recetan antibioticos durante su tratamiento de orthodoncia, deberia usar un metodo anticonceptivo adicional hasta su proxima menstruacion.

Por favor enumere cualquier medicamento (recetado o automedicado) que esta tomado ahora:

Si ha tenido alguna complicacion seria que envuelva algun tratamiento dental, por favor explique:

Dentista Familiar _____ Telefono _____

Fecha de su ultima visita al Dentista: _____

Cuantas veces al dia cepilla sus dientes? 0 1 2 3+

Cuantas veces al dia usa hilo dental? 0 1 2+

Historia de:			Problemas especificos:	Por favor explique sus respuestas afirmativas:
Daños a dientes	Si	No	Astillado / Roto / Perdido	_____
Daños a Mandibula	Si	No	A que Edad?: _____	_____
Enfermedad Oral	Si	No	Ulceras / Ampollas	_____
Dolor de Mandibula	Si	No	Lado Derecho: Constante / Ocasional	_____
			Lado Izquierdo: Constante / Ocasional	_____
Ruidos en Mandibula	Si	No	Lado Derecho: Truena / Rechina	_____
			Lado Izquierdo: Truena / Rechina	_____
Mandibula trabada	Si	No	Lado Derecho: cuando Abierta / Cerrada	_____
			Lado Izquierdo: cuando Abiera / Cerrada	_____
Rechina sus Dientes	Si	No	Durante el Dia / ó Durante la Noche	_____
Aprieta sus Dientes	Si	No	Durante el Dia / ó Durante la Noche	_____
Sangran sus encias	Si	No	Cepillado / Hilo dental / comiendo	_____
Habitos Orales	Si	No	Chupar dedos o pulgar / morder uñas	_____
Otros problemas Orales :	_____			

Alguna vez usted ha tenido:			Que tipo de tratamiento?	Nombre del Doctor
Tratamiento Periodontal (Encias)	Si	No	_____	_____
Tratamiento de Orthodoncia (Frenos)	Si	No	_____	_____
Tratamiento de Endodoncia (Nervio)	Si	No	_____	_____
Tratamiento de Cirugia Oral (Mandibula)	Si	No	_____	_____
Tratamiento de Corona o Puentes	Si	No	_____	_____

Yo certifico que he leído y entendido la historia medica anterior y que las respuestas son correctas para mi conocimiento en este momento y que yo he recibido una copia de la Noticia de Practicas Privadas de esta oficina. Si hubiera algun cambio futuro en esta informacion, Yo informare a esta oficina acerca de estos cambios.

FIRMA DEL PACIENTE (o firma del Padre/Madre, si el paciente es menor) Fecha

FIRMA DEL DOCTOR Fecha

COORDINADOR DE TRATAMIENTO Fecha