

CHEQUEAR UNO:
Seguro Privado: _____
HMO: _____
Medicaid: _____
No Seguro: _____
Otro: _____

INFORMACION DEL PACIENTE:

Fecha: _____
Nombre del paciente: _____ Apodo: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ SS # _____
Direccion: _____
Telefono casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____ Otro: _____ Zip _____
Correo electronico: _____

PERSONA RESPONSABLE POR LA CUENTA:

Nombre: _____ Relacion con el paciente: _____ SS#: _____
Direccion: _____ Zip _____
Fecha de nacimiento: _____ Telefono casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____
Empleador _____ Ocupacion: _____

SEGUNDA PERSONA RESPONSABLE POR LA CUENTA:

Nombre: _____ Relacion con el paciente: _____ SS#: _____
Direccion: _____ Zip _____
Fecha de nacimiento: _____ Telefono casa: _____ Cell: _____ Trabajo: _____
Empleador: _____ Ocupacion : _____

INFORMACION DE ASEGURANZA

Asegurado: _____ Asegurado SS # _____ No. de Grupo: _____
Compania de seguro: _____ Fecha de Nacimiento del asegurado: _____
Numero telefonico de la Compania de seguro: _____
Tiene mas de una compania de aseguranza? Si _____ No _____ Si responde que si:
Asegurado: _____ Asegurado SS # _____ No. de Grupo: _____
Compania de seguro: _____ Fecha de Nacimiento del asegurado: _____
Numero telefonico de la Compania de seguro: _____

Razon por la Consulta: _____
Quien le refirio: _____
Dentista : _____ Telefono: _____
Ultima visita dental: _____

HISTORIA MEDICA

Salud del paciente: Pobre _____ Regular _____ Buena _____ Excelente _____

Doctor de cabecera: _____ Telefono: _____ Fecha del ultimo chequeo fisico: _____
 El paciente esta tomando algun medicamento en estos momentos? _____
 Es el paciente alergico a algun medicamento? _____
 El paciente tiene frecuentes catarros, infecciones de oidos o de garganta? _____
 Adenoides o amigdalas han sido removidas? _____
 Defectos de nacimientos: _____
 El paciente ha alcanzado la pubertad? _____ Hembras: Periodo menstrual? _____
 Varones: Cambios en la voz? _____
 Tiene algun historial de enfermedades mayores? _____
 Esta bajo algun tratamiento medico? _____
 Esta embarazada? _____

CIRCULE (Si) or (No) Si el paciente tiene o ha tenido lo siguiente:

Asma	S N	Diabetis	S N
Anemia	S N	Mareos	S N
Artritis	S N	Epilepsia	S N
Sangramiento anormal	S N	Fiebre de heno	S N
Problemas oseos	S N	Soplo de corazon	S N
Transfusiones de sangre	S N	Problemas de corazon	S N
Bronquitis	S N	Herpes	S N
Diarreas persistentes	S N	Hepatitis/ Problemas de higado	S N
Problemas geneticos de corazon	S N	Presion alterial Alta/ Baja	S N
Convulsiones	S N	HIV / SIDA	S N
Reemplazo de articulaciones	S N	Ataque fulminante/ Stroke	S N
Hiperactividad	S N	Problemas de rinones	S N
Neumonia	S N	Ulcera	S N
Toz persistente	S N	Fiebre reumatica	S N
Fiebre escarlatina	S N	Problemas mentales o nerviosos	S N
Tumor o Cancer	S N	Problemas con el sistema inmune	S N
Enfermadades de transmisiones sexuales	S N	Sinosis	S N

Ha sido notificado por algun medico que debe PREMEDICARSE antes de cualquier tratamiento dental? _____
 Tiene algun problema medico que no hemos mencionado? Explique _____

HISTORIA DENTAL

El paciente ha tenido una evaluacion de Orthodoncia o tratamiento? _____
 Nombre del Ortodoncista: _____
 Cuantas veces al dia se cepilla los dientes? _____
 Ha recibido algun golpe en la cara o en los dientes? _____
 Se chupa o se ha chupado el dedo? _____ Hasta que edad? _____
 Tiene problemas de pronunciacion? _____
 Respira por la boca mientras duerme o despierto? _____
 Le han informado de algun diente que le falte o que tenga extra? _____
 Bruxismo? Si _____ No _____ En la noche _____ En el dia _____
 El paciente toca algun instrumento musical con la boca? _____

Beneficios de la ortodoncia: Estética, salud, y función. La Ortodoncia es un servicio que ofrece una mejora en la apariencia de los dientes, en la función general de los dientes y salud dental en general. Molestia articular, acortamiento de la raíz se observan en un pequeño porcentaje de los dientes. cambio. He leído y entendido este párrafo. Tengo entendido también que mis registros para el diagnóstico y mi nombre sea utilizado con fines educativos y publicitarios. Sinceramente he contestado a todas las preguntas anteriores y estoy de acuerdo con informar a esta oficina de cualquier cambio en mi historial médico o dental. Por otra parte, autorizo al Dr. Luis J. Rodríguez para llevar a cabo una completa evaluación ortodóntica.

Firma: _____

Date: _____

Nombre : _____

Date: _____

Firma de los padres: _____

Date: _____

English English