

PARA ADULTOS: BEINVENIDOS A NUESTRA PRACTICA

1) DESCRIBASE USTED

La Fecha de hoy: _____ NACIMIENTO: _____
Nombre: _____ **EDAD:** _____

APELLIDO NOMBRE INICIAL (SR. SRA. SRTA)
Me gusta que me llamen: _____
Tel. Trabajo: _____
Tel. Casa #: _____
Seguro #: _____
LIC #: _____

Direccion de la Casa:

_____ *DEPTO. #*

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

4) INDO. DE LA PERSONA RESPONSIBLE:

Nombre: _____
Direccion para el pago: _____

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL
Tel. Trabajo #: _____ Ext. _____
Tel. Casa #: _____
Empleador: _____
LIC #: _____
Seguro #: _____

En caso de emergencia llame:

Nombre: _____ Relacion: _____
Tel. Trabajo #: _____ Ext. _____
Tel. Casa #: _____

2) SOBRE SU EMPLEADOR:

Nombre: _____
Direccion: _____

Cuanto ha trabajado ahí? _____
Ocupacion: _____

Cuando y donde es mas conveniente llamarle?

Otros meimbros de la familia que atendemos?

A quien le agradecemos por su referencia?

5) SEGURO DENTAL PRIMARIO:

Nombre del Seguro: _____
Direccion: _____

Tel. De la Comp. de Seguro #: _____
Grupo/poliza #: _____

Nombre del Asegurado: _____
Reacion con el paciente: _____
Fecha de Nacim: _____
Empleador del Asegurado: _____
Segruo #: _____
Cobertura de Ortodoncia: Si No

SEGUGURO DENTAL SECUNDARIO:

Nombre del Seguro: _____
Direccion: _____

Tel. De la Comp. de Seguro #: _____
Grupo/Poliza #: _____

Nombre del Asegurado: _____
Relacion con el paciente: _____
Fecha de Nacim: _____
Empleador del Asegurado: _____
Segruo #: _____
Cobertura de Ortodoncia: Si No

3) INFORMACION DE LA ESPOSA:

Nombre: _____
Empleador: _____
Tel. De trabajo: _____
LIC #: _____
Seguro #: _____
Nacimiento: _____

INFORMACION DENTAL:

Dentista Previo/Actual: _____
Calle: _____
Tel. #: _____ **Su ultima visita:** _____

6) HISTORIA DENTAL

Porque viene al ortodoncista hoy? _____

Sufre de dolor en este momento? Si No

Actualmente, su salud dental es:

BUENA JUSTA MALA

Ha tenido alguna vez, dificultades?serios problemas

Asociados con trabajos dentales anteriormente? Si No

Ha tenido dolor o sensibilidad

En la Mandibula (TMJ/TMD)? Si No

Le complace su sonrisa? Si No

Sus Encias Sangran? Si No

Cuantas veces a la semana usa hilo dental?__

Al dia se cepilla? _____

Tipo de cepillo? Duro Medio Suave

7) HISTORIA MEDICA

Tiene un doctor personal? Si No

Nombre: _____

Telefono: _____ Ultima visita: _____

Su salud fisica se:

BUENA JUSTA MALA

Esta al cuidado de un doctor? Si No

Explique: _____

Esta tomando drogas prescritas? Si No

SOLO PARA MUJERES:

Esta tomando pildora de natalidad? Si No

Esta embarazada? Si No Semana # _____

Esta amamantando? Si No

8) HA TENIDO ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS MEDICOS?

Si No Protesis Si No Historia de Fiebre Scari

Si No Ataque al Cor Si No Deficiencia del Corazon

Si No Cancer Si No Epilepsia Convulsion

Si No Diabetis Si No Sangradi Abnormal

Si No Fiebre Reumt Si No Valvula Artificial

Si No HIV/SIDA Si No Operacion Corazon Cont

Si No Hemofilia Si No Estuve en el Hospital

Si No Asma Si No Problemas Higado/Rinon

Si No Hepatitis Si No Prolapso Valvula Mitral

Si No Tuberculosis Si No Huesos Art. Artificial

Si No Espinillas Si No Sever/Freq dolor Cabeza

Si No Fiebre Ampol Si No Alta/B Presion

Si No Enfermd Ven Si No Abuso de Drogas Alcol

Si No Ulcera Colotis Si No Transfucion de Sangre

Si No Murmuro Co Si No Anemia Rad Tratamiento

Si No Efisema Si No Glaucoma

Si No Sinusitis Prob Si No Problema de Respiracion

Si No Otros:

Esta tomando alguna de estas?

Si No Asprina Si No Erytromicina

Si No Codeina Si No Anesteticos Dentales

Si No Latex Si No Tetraciclina

Si No Penicilina Si No Otros:

**Nuestra oficina se compromete iienar o exceder
estandares de control de infection
Mandados por OSHA, CDC y ADA.**

**9) Yo entiendo que la informacion he dado de acuerdo a mi conocimiento es correcta y que se
Mantendra en la mas estricta confidencialidad, que es my responsabilidad el informar a esta oficina de
Cualquier cambio en el estado medico de mi nino. Yo tambien autorizo al personal dental que realice el
Service dental que mi nino necesite.**

FIRMA DE EL PADRE/TUTOR

FECHA

**El padre or tutor que acompaña al nino es responsable de el pago al tiempo que estos se reciban a
Menos que otros arreglos se hayan hecho antes de que se hayan aprobado.**

SOLO PARA LA OFIDINA – SOLO PARA LA OFIDINA – SOLO PARA LA OFIDINA

Yo he revisado verbalmente la informacion medica/
Dental con el padre o tutor y paciente presente.

Iniciales: _____ Fecha: _____

Comentarios de el Doctor: _____

Historia Media Actualizada:

1. Fecha: _____ Firma: _____

Comentarios: _____

2. Fecha: _____ Firma: _____

Comentarios: _____