



### INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre Completo del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de Envío: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Quién es su dentista?: \_\_\_\_\_

¿Mejor forma de contactar?  TEXTO  E-MAIL  LLAMADA

A quien podemos agradecer por referir los a nuestra oficina?: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL PARTIDO RESPONSABLE

Nombre Completo de la Parte Responsable: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección (Si diferente al del paciente): \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_ Le gustaría obtener frenos hoy?: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE ASEGURANZA DENTAL

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Compañía de Aseguración: \_\_\_\_\_

Nombre Del Empleador: \_\_\_\_\_

Numero de Miembro: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_

Relación con el Suscriptor: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE EMERGENCIA

Persona de Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación Con el Paciente: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MÉDICO

NOMBRE DE MÉDICO: \_\_\_\_\_ ÚLTIMA VISITA: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO DEL CONSULTORIO DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_

POR FAVOR CIRCULE SI O NO (LLENA INFORMACION NECESARIA):

SI NO ¿ESTA TOMANDO UN MEDICAMENTO AHORITA? \_\_\_\_\_

SI NO ¿EL PACIENTE ES ALERGICO A ALGO? \_\_\_\_\_

SI NO ¿HA TENIDO OPERACIONES? \_\_\_\_\_

SI NO ¿LA PACIENTE ESTA EMBARAZADA? \_\_\_\_\_

CIRCULE LAS CONDICIONES MEDICAS DE ABAJO QUE EL/LA PACIENTA TENGA EN ESTE MOMENTO:

SANGRADO ABNORMAL/HEMOFILIA	DIABETES	HEPATITIS/PROBLEMAS DE HIGADO	NEUMONIA
ANEMIA	MAREO	HERPES	SANGRADO PROLONGADO
ARTRITIS	EPILEPSIA	ALTA PRESION SANGUINEA	QUIMIOTERAPIA DE RADIACION
ASMA	DESORDENES GASTROINTESTINALES	HIV/AIDS	FIEBRE REUMATICA
TRASTORNO DE HUESO	PROBLEMAS DEL CORAZON	PROBLEMAS DE RIÑON	TUBERCULOSIS
DEFECTO CARDIACO CONGENITO	SOPLO CARDIACO	DESORDENES DE ANSIEDAD	TUMOR O CANCER

¿Hay alguna afección médica que no hayamos discutido que usted considere que deberíamos tener en cuenta?

## HISTORIA DENTAL

Dentista General: \_\_\_\_\_ Última Visita: \_\_\_\_\_

SI NO ¿EL/LA PACIENTE ESTA CON DOLOR DENTAL EN ESTE MOMENTO?

SI NO ¿HA EXPERIMENTADO UNA VISITA MALA CON EL DENTISTA EN EL PASADO?

SI NO ¿EL/LA PACIENTE A QUEBRADO UN DIENTE EN EL PASADO?

SI NO ¿HA TENIDO ALGUN DAÑO HA SU CARA, BOCA, O DIENTES EN EL PASADO?

SI NO ¿ALGUNA PARTE DE SU BOCA ES SENSIBLE A LA TEMPERATURE? DONDÉ? \_\_\_\_\_

SI NO ¿ALGUNA PARTE DE SU BOCA ES SENSIBLE A LA PRESIÓN? DONDÉ? \_\_\_\_\_

SI NO ¿SANGRAN LAS ENCIAS AL CEPILLAR?

SI NO ¿ALGUN HABITO DE LENGUA O DEDO?

SI NO ¿EL/LA PACIENTE ES RESPIDADOR BUCAL?

SI NO ¿EL/LA PACIENTE HA VISITADO A UN ORTODONCISTA ANTES? QUIEN? CUANDO? \_\_\_\_\_

SI NO ¿CUAL EL LA ACTITUD DEL PACIENTE HACIA EL TRATAMIENTO ORTODONICO QUE VA A RECIBE? \_\_\_\_\_

SI NO ¿SUS DIENTES O MANDIBULAS SE SIENTEN INCOMODOS POR LA MAÑANA?

SI NO ¿EXPERIMENTA ALGUN CLIC DE LA MANDIBULA O QUE SIENTA QUE TRUENA?

SI NO ¿CONSCIENTE DE APRIETE O MOLIENDO LOS DIENTES DURNATE EL DÍA?

SI NO ¿EXPERIMENTA LOS DOLORES DE CABEZA DE TENSION?

SI NO ¿EL PACIENTE NECESITA AYUDA ADICIONAL CON LAS INSTRUCCIONES?

SI NO ¿ES EL PACIENTE SENSIBLE O CONSCIENTE SOBRE SUS DIENTES?

SI NO ¿SABE QUE ALGUNAS CITA SERÁN DURANTE LAS HORAS ESCOLARES?

## BENEFICIOS:

**Certifico que esta información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que soy responsable de todos los cargos financieros:**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_