



## Información del paciente

NOMBRE:	GÉNERO:	FECHA:	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:	FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	
DIRECCION:	CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
EN SU DOMICILO, USED: <input type="radio"/> ALQUILA <input type="radio"/> PROPIO	NÚMERO DE TELÉFONO PRIMARIO:		
¿CUANTO TIEMPO LLEVAS VIVIENDO EN TU DIRECCION ACTUAL? (REQUERIDO)			
DIRECCIÓN ANTERIOR:	CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
TIPO DE TELEFONO: <input type="radio"/> HOGAR <input type="radio"/> CELÚLAR	¿ESTÁ BIEN DEJAR MENSAJE?: <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO		
CORREO ELECTRÓNICO:	LUGAR DONDE TRABAJA:		
OCUPACIÓN:	¿CUANTO TIEMPO LLEVAS TRABAJANDO EN TU TRABAJO ACTUAL? (REQUERIDO)		
NOMBRE DEL CÓNYUGE/PAREJA:	ESTADO CIVIL:	SSN:	
FECHA DE NACIMIENTO:	LICENCIA DE CONDUCIR:		
DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE A LA DEL PACIENTE)	CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
NUMERO DE TELEFONO PRIMARIO:	TIPO DE TELEFONO: <input type="radio"/> HOGAR <input type="radio"/> CELULAR		
NUMERO DE TELEFONO SECUNDARIO:	TIPO DE TELEFONO: <input type="radio"/> HOGAR <input type="radio"/> CELULAR		
NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA:	NÚMERO DE TELÉFONO:	RELACIÓN CON EL PACIENTE:	

## Seguro dental primario e historial dental (NO proporcione seguro médico)

COMPAÑÍA DE SEGURO PRIMARIO:	NÚMERO DE TELÉFONO:
NOMBRE DEL SUSCRIPTOR:	NÚMERO DE SUSCRIPTOR:
SSN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:	FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DEL PÓLIZA:
DENTISTA GENERAL:	FECHA ÚLTIMA VISITA:
¿CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTRA PRÁCTICA:	
NOMBRE DE LA PERSONA QUE REFIERE (SI CORRESPONDE)	
¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES INQUIETUDES QUE LE GUSTARIA CORREGIR CON ORTHODONCIA?	

- ¿HAS VISITADO A UN ORTODONCISTA ANTES?  SÍ  NO
- ¿LE HAN EXTRAÍDO LAS AMIGDALAS O ADENOIDES?  SÍ  NO
- ¿HA TENIDO ALGUNA VEZ DOLOR/MOLESTIAS EN LAS ARTICULACIONES DE LA MANDÍBULA (TM J/TM D)?  SÍ  NO
- ¿LE FALTA ALGÚN DIENTE O MUELA PERMANENTE?  SÍ  NO
- ¿HA TENIDO ALGUNA LESIÓN EN LOS DIENTES, LA BOCA O LA BARBILLA?  SÍ  NO
- ¿TIENES PROBLEMAS PARA HABLA?  SÍ  NO
- ¿SANGRAN TUS ENCIAS?  SÍ  NO
- ¿FUMA USTED?  SÍ  NO
- ¿TE GUSTA TU SONRISA?  SÍ  NO
- ¿ACTUALMENTE HA TIENE O HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES HÁBITOS (MARQUE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN)
- APRETAR/RECHINAR LOS DIENTES  CHUPAR/MORDER LOS LABIOS  RESPIRACIÓN POR LA BOCA
- MORDIENDO LAS UÑAS  CHUPARSE EL PULGAR/DEDO  PROBLEMA DE MASTICAR/COMER

## Historial médico

¿ESTÁ SIENDO TRATADO POR UN MÉDICO ACTUALMENTE?	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO
NOMBRE DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA:		
MOTIVO DE LA ÚLTIMA VISITA:		
¿ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE ALGÚN MEDICAMENTO CON RECETA O SIN RECETA?	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO
EN CASO SÍ, POR FAVOR INDIQUE LA DOSIS:		
¿HA TENIDO ALGUNAS ENFERMEDADES U OPERACIONES GRAVES? SI SÍ, DESCRÍBALO	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO
¿HAS TENIDO ALGUNA TRANSFUSIÓN DE SANGRE? EN CASO SÍ, INFORME LAS FECHAS APROXIMADAS	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO
(MUJERES) ¿ESTÁS EMBARAZADA?	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO

### COMPRUEBE SI ALGUNA VEZ HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES:

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="radio"/> ANEMIA                          | <input type="radio"/> TOS CON SANGRE        | <input type="radio"/> NEFROPATÍA                     | <input type="radio"/> AMIGDALITIS                 |
| <input type="radio"/> ARTRITIS, REUMATISMO            | <input type="radio"/> DIABETES              | <input type="radio"/> ENFERMEDAD DEL HIGADO          | <input type="radio"/> TUBERCULOSIS                |
| <input type="radio"/> VÁLVULAS CARDÍACAS ARTIFICIALES | <input type="radio"/> EPILEPSIA             | <input type="radio"/> PROLAPSO DE LA VÁLVULA MISTRAL | <input type="radio"/> ÚLCERA                      |
| <input type="radio"/> JUNTAS ARTIFICIALES             | <input type="radio"/> DESMAYO               | <input type="radio"/> MARCAPASOS                     | <input type="radio"/> ENFERMEDADES VENÉREAS (ETS) |
| <input type="radio"/> ASMA                            | <input type="radio"/> GLAUCOMA              | <input type="radio"/> TRATAMIENTO DE RADIACIÓN       |   |
| <input type="radio"/> PROBLEMAS DE ESPALDA            | <input type="radio"/> DOLOR DE CABEZA       | <input type="radio"/> ENFERMEDAD RESPIRATORIA        |   |
| <input type="radio"/> ENFERMEDAD DE LA SANGRE         | <input type="radio"/> SOPLO CARDÍACO        | <input type="radio"/> FIEBRE REUMÁTICA               |   |
| <input type="radio"/> CANCER                          | <input type="radio"/> PROBLEMAS DEL CORAZÓN | <input type="radio"/> ESCARLATINA                    |   |
| <input type="radio"/> DEPENDENCIA QUÍMICA             | <input type="radio"/> HEMOFILIA             | <input type="radio"/> DIFICULTAD PARA RESPIRAR       |   |
| <input type="radio"/> QUIMIOTERAPIA                   | <input type="radio"/> HEPATITIS             | <input type="radio"/> ERUPCIÓN CUTÁNEA               |   |
| <input type="radio"/> PROBLEMAS CIRCULATORIOS         | <input type="radio"/> HIPERTENSIÓN          | <input type="radio"/> ATAQUE                         |   |
| <input type="radio"/> TRATAMIENTOS CON CORTISONA      | <input type="radio"/> VIH/SIDA              | <input type="radio"/> PROBLEMAS TIROIDEOS            |   |
| <input type="radio"/> TOS PERSISTENTE                 | <input type="radio"/> DOLOR DE MANDIBULA    | <input type="radio"/> HÁBITO DEL TABACO              |   |

Entiendo que la información que he proporcionado hoy es correcta a mi leal saber y entender. También entiendo que esta información se mantendrá en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a la oficina sobre cualquier cambio en mi estado médico. Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con mi tratamiento médico necesaria para procesar cualquier reclamo de seguro. Además, autorizo la solicitud de beneficios en mi nombre para los servicios cubiertos y el pago de cualquier beneficio a la oficina. Entiendo que soy responsable de cualquier monto no cubierto por el seguro. Entiendo que, cuando corresponda, se podrán obtener informes de buró de crédito.

FECHA DE FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_



## Información del paciente

NOMBRE	GÉNERO	FECHA:	
SEGURO SOCIAL:	FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	
DIRECCIÓN:	CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
NÚMERO DE TELÉFONO PRIMARIO:	TIPO DE TELEFONO: <input type="radio"/> HOGAR <input type="radio"/> CELÚLA	¿ESTÁ BIEN DEJAR MENSAJE?: <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	
CORREO ELECTRÓNICO:	ESCUELA:	GRADO O NIVEL DE ESCUELA:	
LISTA DE CUALQUIER DEPORTE O ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES:			
HERMANOS (NOMBRES Y EDADES):			
TUTOR:	ESTADO CIVIL:	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:	
RELACIÓN CON EL NIÑO:	FECHA DE NACIMIENTO:	LICENCIA DE CONDUCIR:	
EN SU DOMICILIO, USTED: <input type="radio"/> ALQUILA O RENTA <input type="radio"/> PROPIO			
¿CUÁNTO TIEMPO LLEVAS VIVIENDO EN TU DIRECCIÓN ACTUAL? (REQUERIDO)			
DIRECCIÓN (A LA DE LOS)	CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
NÚMERO DE TELÉFONO PRIMARIO:	TIPO DE TELEFONO: <input type="radio"/> HOGAR <input type="radio"/> CELÚLA		
NUMERO DE TELEFONO SECUNDARIO:	TIPO DE TELEFONO: <input type="radio"/> HOGAR <input type="radio"/> CELÚLA		
NOMBRE DEL LUGAR DONDE TRABAJA:	OCUPACIÓN:	¿CUÁNTO TIEMPO EN TU TRABAJO ACTUAL?	
NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA:	NÚMERO DE TELÉFONO:	RELACIÓN CON EL PACIENTE:	
¿CUÁNTO TIEMPO LLEVAS TRABAJANDO EN TU TRABAJO ACTUAL? (REQUERIDO)			

## Seguro dental primario e historial dental **NO** proporcione seguro médico)

COMPAÑÍA DE SEGURO PRIMARIO:	NÚMERO DE TELÉFONO:
NOMBRE DEL SUSCRIPTOR:	NÚMERO DE SUSCRIPTOR:
SSN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:	FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DEL PÓLIZA:
DENTISTA GENERAL:	FECHA ÚLTIMA VISITA:
¿CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTRA PRÁCTICA?	
NOMBRE DE LA PERSONA QUE REFIERE (SI CORRESPONDE)	
¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES INQUIETUDES QUE LE GUSTARÍA CORREGIR CON ORTHODONCIA?	

- ¿SU HIJO HA VISITADO A UN ORTODONCISTA ANTES?  SÍ  NO
- ¿LE HAN EXTRAÍDO LAS AMIGDALAS O ADENOIDES A SU HIJO?  SÍ  NO
- ¿SU HIJO HA EXPERIMENTADO ALGUNA VEZ DOLOR/MOLESTIAS EN LAS ARTICULACIONES DE LA MANDÍBULA (ATM/TMD)?  SÍ  NO
- ¿LE FALTA ALGÚN DIENTE O MUELA PERMANENTE?  SÍ  NO
- ¿SU HIJO ALGUNA VEZ HA TENIDO LESIONES EN LOS DIENTES, LA BOCA O LA BARBILLA?  SÍ  NO
- ¿TU HIJO TIENE PROBLEMAS DEL HABLA?  SÍ  NO

¿TU HIJO ACTUALMENTE O HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES HÁBITOS (MARQUE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN)

- APRETAR/RECHINAR LOS DIENTES  CHUPAR/MORDER LOS LABIOS  RESPIRACIÓN POR LA BOCA
- MORDIENDO LAS UÑAS  CHUPARSE EL PULGAR/DEDO  PROBLEMA DE MASTICAR/COMER

### Historial médico

¿SU HIJO ESTÁ ACTUALMENTE TRATADO POR UN MÉDICO?	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO
NOMBRE DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA:		
MOTIVO DE LA ÚLTIMA VISITA:		
¿TIENE SU HIJO ALGUNA ALERGÍA/SENSIBILIDAD A LOS MEDICAMENTOS O AL LÁTEX? EN CASO SÍ, POR FAVOR INDIQUE	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO
¿SU HIJO ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE ALGÚN MEDICAMENTO CON RECETA O SIN RECETA? EN CASO SÍ, POR FAVOR INDIQUE LA DOSIS	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO
¿HAS TENIDO ALGUNA TRANSFUSIÓN DE SANGRE? EN CASO SÍ, INFORME LAS FECHAS APROXIMADAS	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO
¿HA TENIDO ALGUNAS ENFERMEDADES U OPERACIONES GRAVES? EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBA:	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO

### COMPRUEBE SI ALGUNA VEZ HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES:

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="radio"/> ANEMIA                          | <input type="radio"/> TOS SANGRE            | <input type="radio"/> NEFROPATÍA                     | <input type="radio"/> AMIGDALITIS                 |
| <input type="radio"/> ARTRITIS, REUMATISMO            | <input type="radio"/> DIABETES              | <input type="radio"/> ENFERMEDAD DEL HIGADO          | <input type="radio"/> TUBERCULOSIS                |
| <input type="radio"/> VÁLVULAS CARDÍACAS ARTIFICIALES | <input type="radio"/> EPILEPSIA             | <input type="radio"/> PROLAPSO DE LA VÁLVULA MISTRAL | <input type="radio"/> ÚLCERA                      |
| <input type="radio"/> JUNTAS ARTIFICIALES             | <input type="radio"/> DESMAYO               | <input type="radio"/> MARCAPASOS                     | <input type="radio"/> ENFERMEDADES VENÉREAS (ETS) |
| <input type="radio"/> ASMA                            | <input type="radio"/> GLAUCOMA              | <input type="radio"/> TRATAMIENTO DE RADIACIÓN       |   |
| <input type="radio"/> PROBLEMAS DE ESPALDA            | <input type="radio"/> DOLOR DE CABEZA       | <input type="radio"/> ENFERMEDAD RESPIRATORIA        |   |
| <input type="radio"/> ENFERMEDAD DE LA SANGRE         | <input type="radio"/> SOPLO CARDÍACO        | <input type="radio"/> FIEBRE REUMÁTICA               |   |
| <input type="radio"/> CANCER                          | <input type="radio"/> PROBLEMAS DEL CORAZÓN | <input type="radio"/> ESCARLATINA                    |   |
| <input type="radio"/> DEPENDENCIA QUÍMICA             | <input type="radio"/> HEMOFILIA             | <input type="radio"/> DIFICULTAD PARA RESPIRAR       |   |
| <input type="radio"/> QUIMIOTERAPIA                   | <input type="radio"/> HEPATITIS             | <input type="radio"/> ERUPCIÓN CUTÁNEA               |   |
| <input type="radio"/> PROBLEMAS CIRCULATORIOS         | <input type="radio"/> HIPERTENSIÓN          | <input type="radio"/> ATAQUE                         |   |
| <input type="radio"/> TRATAMIENTOS CON CORTISONA      | <input type="radio"/> VIH/SIDA              | <input type="radio"/> PROBLEMAS TIROIDEOS            |   |
| <input type="radio"/> TOS PERSISTENTE                 | <input type="radio"/> DOLOR DE MANDIBULA    | <input type="radio"/> HÁBITO DEL TABACO              |   |

Entiendo que la información que he proporcionado hoy es correcta a mi leal saber y entender. También entiendo que esta información se mantendrá en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a la oficina sobre cualquier cambio en mi estado médico. Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con mi tratamiento médico necesaria para procesar cualquier reclamo de seguro. Además, autorizo la solicitud de beneficios en mi nombre para los servicios cubiertos y el pago de cualquier beneficio a la oficina. Entiendo que soy responsable de cualquier monto no cubierto por el seguro. Entiendo que, cuando corresponda, se podrán obtener informes de buró de crédito.

FECHA DE FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_