HISTORIA MÉDICA y DENTAL PARA PACIENTE ADULTOS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ ☐ Masculino ☐ Hembra

Título: ☐ Señor. ☐ Señora. ☐ Sra. ☐ Dr. ☐ Otro _____

Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo

El paciente es financieramente responsable de la cuenta propia del paciente? ☐ SÍ ☐ NO

Seguro Social _____ Fecha de nacimiento: _____ Años: _____

Célular: _____ # Casa: _____ # Trabajo: _____

Correo Electronico: _____

Dirección: _____
Calle # Apartamento

_____
Ciudad Estado Codigo Postal

Ocupación: _____ Nombre y dirección del Empleador: _____

EL FAMILIAR MÁS CERCANO

Nombre Completo 1: _____ Fecha de nacimiento: _____

Título: ☐ Señor. ☐ Señora. ☐ Srta. ☐ Dr. ☐ Otro _____ Relación al Paciente: _____

¿Es esta persona financieramente responsable de la cuenta del paciente? ☐ SÍ ☐ NO

Ocupación: _____ Nombre y dirección del Empleador: _____

Seguro Social _____

Célular: _____ # Casa: _____ # Trabajo: _____

Correo Electronico: _____

Dirección (si es diferente a la del paciente): _____
Calle Apartamento #

_____
Ciudad Estado Codigo Postal

Nombre Completo 2: _____ Fecha de nacimiento: _____

Título: ☐ Señor. ☐ Señora. ☐ Srta. ☐ Dr. ☐ Otro _____ Relación al Paciente: _____

¿Es esta persona financieramente responsable de la cuenta del paciente? ☐ SÍ ☐ NO

Ocupación: _____ Nombre y dirección del Empleador: _____

Seguro Social _____

Célular: _____ # Casa: _____ # Trabajo: _____

Correo Electronico: _____

Dirección (si es diferente a la del paciente): _____
Calle Apartamento #

_____
Ciudad Estado Codigo Postal

Dentistry for Children ORTHODONTICS

orthodontics@DentistryForChildrenUS.com

Teléfono: (833)543-7332 (opt. 4)

INFORMACIÓN GENERAL

Usted toca algún instrumento musical? _____

Algún otro miembro de su familia sido tratado en DFC Orthodontics? Nombre los por favor. _____

Nombre del niño(a): _____ Años: ____ Ha tenido tratamiento de ortodoncia? ☐ SÍ ☐ NO ¿Si, sí donde? _____

Nombre del niño(a): _____ Años: ____ Ha tenido tratamiento de ortodoncia? ☐ SÍ ☐ NO ¿Si, sí donde? _____

Nombre del niño(a): _____ Años: ____ Ha tenido tratamiento de ortodoncia? ☐ SÍ ☐ NO ¿Si, sí donde? _____

Nombre del niño(a): _____ Años: ____ Ha tenido tratamiento de ortodoncia? ☐ SÍ ☐ NO ¿Si, sí donde? _____

INFORMACIÓN REFERENCIAL

A quien le podemos agradecer por referencia a nuestra práctica? ☐ Otro paciente, amigo ☐ Otro paciente, familiar

☐ Oficina dental ☐ Periódico ☐ Colegio ☐ Trabajo ☐ Otro: _____

Nombre de la persona o oficina que le refiere a nuestra práctica: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DENTAL

Poliza Primaria

Nombre completo del titular: _____ Fecha de nacimiento: _____

Seguro Social: _____ Relación al Pt: _____

Nombre del Seguro: _____

Grupo: _____ # de Identidad: _____

Empleador del titular de la póliza: _____

Poliza Secundaria

Nombre completo del titular: _____ Fecha de nacimiento: _____

Seguro Social: _____ Relación al Pt: _____

Nombre del Seguro: _____

Grupo: _____ # de Identidad: _____

Empleador del titular de la póliza: _____

DE RENUNCIA

1) Por la presente autorizo al doctor y su personal designado para obtener radiografías, modelos de estudio, fotografías, y otros medios de diagnóstico que se consideren apropiado por el médico para hacer un diagnóstico a fondo.
2) Tras dicho diagnóstico, autorizo al médico a realizar todo el tratamiento recomendado que haya acordado mutuamente y a que emplee la asistencia necesaria para proporcionar la atención adecuada.
3) Estoy de acuerdo con el uso de anestésicos tópicos como sea necesario. Entiendo perfectamente que el uso de agentes anestésicos encarna un cierto riesgo.
4) Estoy de acuerdo en ser responsable por los pagos de todos los servicios en mi nombre o al nombre de mis dependientes. Entiendo que el pago es debido en el momento de servicio al menos que hayan hecho otros arreglos. En el evento del cual los pagos no son recibidos por fechas acordadas, entiendo que un cargo de $25 puede ser añadido a mi cuenta.
5) Por este medio doy el derecho y el permiso a DFC Orthodontics para utilizar mis fotografías/diapositivas con fines educativos o promocionales. El subrayado completamente libera por siempre a cualquier derecho presente o futuro a compensación en relación con uso de dicha fotografías/diapositivas.
6) Autorizo la liberación de cualquier información respecto a mi tratamiento ortodóntico a mi seguro médico o dental.

Firma del paciente / padre / tutor	Imprimir Nombre	Fecha

Dentistry for Children ORTHODONTICS

orthodontics@DentistryForChildrenUS.com

Teléfono: (833)543-7332 (opt. 4)

HISTORIA DENTAL - PACIENTE ADULTO

Nombre del dentista? _____ # Teléfono del dentista: _____

Fecha de la última Limpieza/Examen: _____ ¿Con qué frecuencia tiene una limpieza dental / Examen? _____

1. ¿Alguna vez has tenido un consulta/tratamiento de ortodoncia? ☐Sí ☐No En caso afirmativo, cuando y donde? _____
2. ¿Alguna vez has visto un Periodoncista o has recibido tratamiento para las encías? ☐Sí ☐No En caso afirmativo, cuando y donde? _____
3. ¿Se ha ajustado alguna vez su mordida? ☐Sí ☐No
4. ¿Tiene usted sensiblilidad a los dientes? ☐Sí ☐No
5. ¿Se ha chupado algún dedo? ☐Derecha ☐Izquierda ¿Continúa hábito? ☐Sí ☐No a qué edad dejó el hábito? _____
6. ¿Se ☐ aprieta o ☐ rechina los dientes? En caso de si, lo hace: ☐Todo el tiempo ☐Sólo en la noche ☐Cuando nervioso / estresado(a)
7. ¿Le sangran las encías? ☐Sí ☐No En caso afirmativo, qué sangran las encías: ☐Todo el tiempo ☐De vez en cuando
8. ¿Ha notado mal aliento o sabor a la boca? ☐Sí ☐No
9. ¿Alimentos tiende a quedar atrapados entre los dientes? ☐Sí ☐No
10. ¿La mandibular le hace clic o le estilla? ☐Sí ☐No
11. ¿Tiene dificultad en abrir o cerrar su boca? ☐Sí ☐No
12. ¿Le han informado si tiene algun problema del Temporomandibular? ☐Sí ☐No
13. ¿Le dan dolores de cabeza frecuentemente? ☐Sí ☐No
14. ¿Le gustaria mantener sus dientes durante su vida? ☐Sí ☐No
15. ¿Ha notado algún diente flojo o algún cambio en su mordida? ☐Sí ☐No En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____
16. ¿Ha tenido alguna vez una lesión a los dientes o cara? ☐Sí ☐No En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____
17. ¿Se siente nervioso(a) de tener tratamiento dental? ☐Sí ☐No En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____
18. ¿Ha tenido una mala experiencia dental? ☐Sí ☐No En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____
19. ¿Ha tenido complicaciones después de un tratamiento dental? ☐Sí ☐No En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____
20. ¿Esta contento(a) con la apariencia de sus dientes? ☐Sí ☐No Si no, por favor explique: _____

INFORMACIÓN MÉDICA - PACIENTE ADULTO

Nombre del médico? _____ # Teléfono del médico: _____

¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes? Por favor marque todos los que apliquen:

☐ SIDA	☐ Articulaciones artificiales	☐ Sangrado excesivo	☐ Hepatitis	☐ Pre-medicación necesaria	☐ Problemas estomacales
☐ Alergia al látex	☐ Asma	☐ Desmayo	☐ Alta presion sanguinea	☐ Embarazo Fecha para dal a luz: _____	☐ Accidente cerebrovascular
☐ Alergia al níquel	☐ Enfermedad de la sangre	☐ Glaucoma	☐ VIH		☐ Tuberculosis
☐ Alergia a los plásticos	☐ Trastornos de los Huesos	☐ Quistes	☐ Ictericia	☐ Tratamiento de radiación	☐ tumores
☐ Alergia a la codeína	☐ Cáncer	☐ Fiebre de heno	☐ Trastornos renales	☐ Problemas respiratorios	☐ Úlceras
☐ Alergia a la penicilina	☐ Diabetes	☐ Heridas en la cabeza	☐ Enfermedad del higado	☐ Fiebre reumática	☐ Enfermedad venérea
☐ Anemia	☐ Mareo	☐ Enfermedad del corazón	☐ Desordenes mentales	☐ Reumatismo	☐ _____
☐ Artritis	☐ Epilepsia	☐ Soplo cardíaco	☐ Marcapasos	☐ Sinusitis	☐ _____

Por favor, mencionar todos los medicamentos: _____

1. ¿Algua vez ha tomado bifosfonatos intravenosos tales como Zometa (ácido zolendronico), Aredia (Pamidronato) o Didronel (Etidronato) para los trastorno óseos o cáncer? ☐Sí ☐No
2. ¿Alguna vez ha tomado bisfosfonatos orales tal como Fosamax (Alendronato), Actonel (Ridendronate), Boniva (Ibandronato), Skelid (Tiludronato) o Didronel (Etidronato) para trastornos de los huesos? ☐Sí ☐No
3. ¿Ha sido ingresado en un hospital o ha tenido atención medica de emergencia durante los dos últimos años? ☐Sí ☐No En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____
4. ¿Está ahora bajo el cuidado de un médico? ☐Sí ☐No En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____
5. ¿Tiene algún problema de salud que necesitan más aclaraciones? ☐Sí ☐No En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

He leído las preguntas anteriores y las entiendo. No voy a sostener mi ortodoncista o cualquier miembro de su personal responsable de los errores o omisiones que he cometido al llenar este formulario. Notificaré al ortodoncista de cualquier cambio en mi salud médica o dental.

Firma del paciente / padre / tutor	Imprimir Nombre	Fecha

CONFIDENCIAL Historia Médica y Dental

CONFIDENTIAL MEDICAL & DENTAL HISTORY

Dentistry for Children ORTHODONTICS
orthodontics@DentistryForChildrenUS.com
Teléfono: (833)543-7332 (opt. 4)