
Patient Number

Date

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Género: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono: _____ Nombre de la escuela si es estudiante: _____

FAVOR DE COMPLETAR SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD

INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIAN

INFORMACIÓN DE LA MADRE/GUARDIAN

Nombre _____
 Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____
 Correo Electrónico _____
 Persona Responsable de Pago _____

Nombre _____
 Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____
 Correo Electrónico _____
 Dirección de Facturación _____

SEGURO DENTAL PRIMARIO

SEGURO DENTAL SECUNDARIO

Nombre de Suscriptor _____
 Nombre de Empleador _____
 Ocupación _____
 Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Género _____ Estado Civil _____
 Suscriptor # _____
 Grupo # _____
 Nombre de la Compañía de Seguros _____
 Dirección de Seguros _____
 Ciudad de Seguros _____ Estado _____ Código Postal _____
 Teléfono de Seguros _____

Nombre de Suscriptor _____
 Nombre de Empleador _____
 Ocupación _____
 Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Género _____ Estado Civil _____
 Suscriptor # _____
 Grupo # _____
 Nombre de la Compañía de Seguros _____
 Dirección de Seguros _____
 Ciudad de Seguros _____ Estado _____ Código Postal _____
 Teléfono de Seguros _____

OTRA INFORMACIÓN

Nombre de Dentista _____
 Nombre del Doctor Medico _____
 A quien podemos agradecer por la referencia? _____

Otros Niños _____ Fecha de Nacimiento _____
 Otros Niños _____ Fecha de Nacimiento _____
 Otros Niños _____ Fecha de Nacimiento _____

Algun problema del corazón:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Escarlatina / fiebre amarilla:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Soplo en el corazón:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Asma o fiebre de eno:	<u>SI</u>	<u>NO</u>
Alguna enfermedad respiratoria:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	El síndrome de inmunodeficiencia adquirida:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Monucleosis:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Tuberculosis:	<u>SI</u>	<u>NO</u>
Alguna enfermedad de sangre:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Esta el paciente bajo cuidado médico:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Hepatitis:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Algun hueso roto:	<u>SI</u>	<u>NO</u>
Alguna enfermedad de hígado:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Reumastimo / artritis:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Polio:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Sangramiento prolongado:	<u>SI</u>	<u>NO</u>
Alguna enfermedad de la tiroide:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Esta tomando el paciente algún medicamento:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Diabetes:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Ictericia amarilla:	<u>SI</u>	<u>NO</u>
Alguna enfermedad del riñón:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Sufre desmayos / mareos:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Anemia:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Terapia de radiación:	<u>SI</u>	<u>NO</u>
Tiene HIV:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	El paciente tiene alguna adicción a las drogas:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Hemofilia:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Terapia química:	<u>SI</u>	<u>NO</u>
Alguna enfermedad venérea:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Esta en estado de embarazo:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Enfisemia:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Transfusión de sangre:	<u>SI</u>	<u>NO</u>
Alguna enfermedad intestinal:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Sarampión / paperas / varicela:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Epilepsia:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Alergia a latex:	<u>SI</u>	<u>NO</u>
Alguna enfermedad de los huesos:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	El paciente fuma:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Es el paciente alérgico a algo / un medicamento a que: _____					
Algun problema nervioso / emocional:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	El paciente a tenido alguna vez ampollas de fiebre:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Lista de medicamentos: _____					
Sufre de presión arterial alta/baja:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	La altura y el peso es normal para su edad:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Es usted conciente de algún otra condición a problema que nose encuentre en la lista previa de la cual deberíamos saber: _____					
Algun problema endocrino:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Se encuentra el paciente en Buena salud:	<u>SI</u>	<u>NO</u>						
Cualquier problema con curación de heridas:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	A tenido el paciente en examen físico este año:	<u>SI</u>	<u>NO</u>						
Algun tumor o cáncer:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	El paciente ha llegado a la pubertad:	<u>SI</u>	<u>NO</u>						

HISTORIA DENTAL

El paciente tiene o ha visto un dentista general en el último año:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	El paciente tiene o ha tenido alguno de los siguientes hábitos:					
Algun ruido, dolor, o molestia en o cerca de los oídos:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Muerde sus mejillas, lengua, o labios:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Rechina los dientes:	<u>SI</u>	<u>NO</u>
A tenido una caída o accidente que causara dano en la cara, boca, o dientes:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Se chupa se dedo pulgar:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Empuje de lengua:	<u>SI</u>	<u>NO</u>
Ha sido informado si tiene dientes extras a le faltan dientes permanentes:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Respira por la boca:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Desgasta sus dientes:	<u>SI</u>	<u>NO</u>
Ha sido informado si tiene problemas en sus encías:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Se muerde las uñas:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Problemas de habla o pronunciación:		
El paciente a tenido removidas las amígdalas / adenoides:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	El paciente ha sido examinado por un Ortodontista anterior mente:					
Le incomodaria al paciente usar frenos, frenillos, o brackets:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Si la respuesta es si, cuando: _____					
			Algun otro miembro de la familia a tendio tratamiento Ortodontico:					
			Si la respuesta es si el / ella quedaron contentos con los resultado:					
			Si la respuesta es no, cual fue la causa: _____					
En sus propias palabras, cual es su problema Ortodontico: _____								
Que resultados le gustaria obtener con el tratamiento Ortodontico: _____								

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Radiografías de laboratorio	Radiografías de Dentista	Fecha	Procedimiento	Cita
Problema:				
Tratamiento:				