

BIENVENIDOS

A

Ortodoncia Santa Rosa

Los beneficios de una sonrisa sana y feliz son inconmensurables una bella sonrisa es un activo maravilloso. Por Favor rellene la forma completamente.

Cuentanos Acerca De Ti

Fecha: _____
Nombre: _____
Prefiero ser llamado(a): _____
Sexo: _____
Correo Electronico: _____
Fecha De Nacimiento: ____/____/____
Edad: _____
Numero De Telefono: _____
Direccion: _____
Los padres del estado civil: _____

Persona Responsable Para La Cuenta

Nombre: _____ Relacion: _____
Direccion: _____
Anos en direccion actual: _____ Renta: ____ Propia: _____
Numero De Telefono: (_____) _____
Numero De Seguro Social: _____
Fecha DeNacimiento: ____/____/____
Empleador: _____
Anos Trabajando Con La Compania: _____
Titulo De Empleo: _____
Cual Es El Mejor Horario Para Comunicarse? _____
A quien Se Le Dan Las Gracias Por Referrirlos? _____
Otros eventos en el nos han visto: ____ Equipos de deportes
____ Escuelas ____ Eventos comunitarios ____ Sito web
____ Otros
Por favor especifique: _____
Dentista General: _____
Cita Mas Reciente Con Su Dentista: _____

Informacion De Su Cónyuge

Nombre: _____
Fecha De Nacimiento: ____/____/____
Empleado: _____
Titulo del trabajo: _____
Numero De Telefono: # De Seauro: _____

Aseguransa Ortodontica

Nombre: _____
Fecha DeNacimiento: ____/____/____
Relacion Al Paciente: _____
Nombre De Aseguransa: _____
Direccion De Aseguransa: _____
Telefono De Asegurasa: _____
De Grupo: _____
ID: _____
Empleador De Aseguransa: _____

Segunda Aseguransa

Nombre: _____
Fecha DeNacimiento: ____/____/____
Relacion Al Paciente: _____
Nombre De Aseguransa: _____
Direccion De Aseguransa: _____
Telefono De Asegurasa: _____
De Grupo: _____
ID: _____
Empleador De Aseguransa _____

Historia Medica

Tiene algun problema medico? S__ N__
Tienen Doctor Propio? S__ N__
Nombre De Su Doctor: _____
De Telefono: (_____) _____
Cita Mas Reciente: _____

En el caso de una emergencia, hay alguien que vive cerca de usted que deben ponerse en contacto:

Nombre: _____ Relacion: _____
Numero de telefono: _____

Historia Medica

¿Cuáles son las principales preocupaciones que le gustaría que el ortodoncista consumados? _____

¿Alguna vez ha sido evaluada para el tratamiento de ortodoncia? **S**___ **N**___

¿Alguna vez has tenido un grave problema difícil asociadas a algún tratamiento dental? **S**___ **N**___

¿usted no ha padecido sufrimiento molestias en su articulación de la mandíbula (TMJ/TMD)? **S**___ **N**___

Su estado actual de salud de dientes es:

Buena ___ **Justo** ___ **Pobre** ___

Te Gusta Tu Sonrisa? **S**___ **N**___

Las encías sangran cada vez? **S**___ **N**___

Ha tenido una lesión en la boca? **S**___ **N**___

Tiene usted algún problema del habla?

Respira por la boca? **S**___ **N**___

Si Dijo que si Cuando: **Despierto? Durmiendo?**

Tiene algún diente faltante o adicional? **S**___ **N**___

Alguna vez has tomado Fosamax o cualquier otro medicamento similar? **S**___ **N**___

Alguna vez has tomado fen phen? **S**___ **N**___

Fuma tabaco en cualquier forma? **S**___ **N**___

Esta Oficina se reserva el derecho de verificar la situación financiera de los posibles pacientes y / o padres de los pacientes antes de extender el crédito para cuotas de tratamiento y puede, a discreción de la oficina de utilizar el servicios de uno o más servicios de informes de crédito.

Firma

Fecha

Si esta oficina acepta seguro de que entiendo que pago de servicios prestados y también es responsable de pagar cualquier co soy responsable de pagos y deducibles que mi seguro no cubre este medio autorizar el pago de los beneficios de seguro de grupo de otro modo pagadero a mí directamente a esta oficina.

Firma

Fecha

Tu estado de salud es: **Buena** ___ **Justo** ___ **Pobre** ___

Esta bajo el cuidado de un doctor? **S**___ **N**___

Si es que si, explique por favor: _____

Estas tomando medicamento o en en el mostrador? **S**___ **N**___

Por favor nombre sus medicamentos: _____

Para Mujeres:

Estas tomando contraceptivos del embarazo? **S**___ **N**___

Estas embarazada? **S**___ **N**___

Estas dando pecho?: **S**___ **N**___

¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas médicos?

- | | |
|--|--|
| S N Sangrado anormal | S N Anemia |
| S N Las válvulas de los huesos Artificiales | S N Asma/Artritis |
| S N Cancer/Quimoterapia | S N Transfusión de sangre |
| S N Diabetes | S N Defcto congenito del Corazon |
| S N Dificultad Respirando | S N Abuso de alcohol/drogas |
| S N Epilepsia/convulsions /desmayos | S N Ampollas del feibre/Herpes |
| S N Glaucoma cerebrovascular | S N Accidente |
| S N Ataque del Corazon | S N Soplo cardíaco |
| S N Cirugia Cardiaca | S N Hemofilia |
| S N La HepatitisS | S N Alta/Baja Presion |
| S N Internada por cualquier rason | S N Polapso de la válvula mitral |
| S N Poblemas psiquiátricos | S N Tatamiento con radiación |
| S N Rumática escarlata | S N Herpes |
| S N Dolor de cabeza frecuentes | S N problemas de sinusitis falciformes |
| S N la enfermedad de células Tuberculosis (TB) | S N Enfermedades Venereas |
| S N Ulceras/Colitis | S N HIV SIDA |
| S N Problema de los riñones | S N Enfesima |

Por favor, indique cualquier condición seria que ha tenido alguna vez:

Yo entiendo que la informacion que yo he dado hoy es correcto a lo mejor de mi conocimiento. Tambien entiendo que esta información se celebrará en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualesquieres cambios en mi estado de salud. Yo autorizo al personal dental que los servicios que pueda necesitar durante el diagnóstico y el tratamiento con mi consentimiento informado. Tambien entiendo que de vez en cuando esta oficina sera grabacia y sus procedimientos clinicos.

Firma

Fecha

USO DE OFICINA SOLAMENTE

USO DE OFICINA SOLAMENTE

USO DE OFICINA SOLAMENTE

I verbally reviewed the medical/dental information above with the parent/guardian and patient named herein.

Doctor's comments:

Initials: _____ **Date:** _____

