

# BIENVENIDOS

A

## Ortodoncia Santa Rosa

Con gusto le damos la bienvenida a usted y su hijo(a). Nuestro objetivo es hacer que la visita de todos los niños agradable y educacion. Nos esforzamos a enseñar a su niño(a) a tener una sonrisa hermosa que dura toda la vida.

### Cuentanos Sobre Tu Hijo o Hija

Fecha: \_\_\_\_\_  
Apodo: \_\_\_\_\_  
Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_  
De Telefono: \_\_\_\_\_  
Sexeo: \_\_\_\_\_  
Nombre de su escuela: \_\_\_\_\_  
Deportes/Aficiones: \_\_\_\_\_  
Correco electronic \_\_\_\_\_

### Quien Acompaño Al Paciente Hoy?

Nombre: \_\_\_\_\_  
Relacion: \_\_\_\_\_  
¿Tiene la custodia legal de este niño? S \_\_\_\_ N \_\_\_\_  
¿A Quien se Le Debe Las Gracias Por Referrirlo Con Nuestra Oficina?  
Otros eventos en el nos han visto: \_\_\_\_ Equipos de deportes  
\_\_\_\_ Escuelas \_\_\_\_ Eventos comunitarios \_\_\_\_ Sitio web  
\_\_\_\_ Otros  
Por favor especifique: \_\_\_\_\_  
Lista de hermanos y hermanas con la edad: \_\_\_\_\_  
Dentista General: \_\_\_\_\_  
Fecha de Cita Mas Reciente: \_\_\_\_\_  
Los padres del estado civil: \_\_\_\_\_  
Nombre de su pareja: \_\_\_\_\_  
Empleador de su pareja: \_\_\_\_\_  
Título de empleo: \_\_\_\_\_

### Persona Responsable Para La Cuenta

Nombre: \_\_\_\_\_  
Relacion: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_  
Años en direccion actual: \_\_\_\_ Renta: \_\_\_\_ Propia: \_\_\_\_  
Numero de telefono: \_\_\_\_\_  
Numero de trabajo: \_\_\_\_\_ Extension: \_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_  
Años trabajando con la compania: \_\_\_\_\_  
Título De Empleo: \_\_\_\_\_  
Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

### Quien Es Responsable De Aser Las Citas

Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha De Nacimiento : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
# De Telefono: \_\_\_\_\_

### Aseguransa Ortodontica

Nombre De Aseguransa: \_\_\_\_\_  
Direccion De Aseguransa: \_\_\_\_\_  
Telefono De Asegurasa #: \_\_\_\_\_  
# De Grupo: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Relacion Al Paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
# ID: \_\_\_\_\_  
Empleador De Aseguransa: \_\_\_\_\_

### Secondary Orthodontic Coverage

Nombre De Aseguransa: \_\_\_\_\_  
Direccion De Aseguransa: \_\_\_\_\_  
Telefono De Asegurasa #: \_\_\_\_\_  
# De Grupo: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Relacion Al Paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
# ID : \_\_\_\_\_  
Empleador De Aseguransa: \_\_\_\_\_

En caso de una emergencia, con quien gustaria que nos comunicaramos:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_  
Numero De Telefono: \_\_\_\_\_

## Historia Medica

- ¿Alguna vez has tenido un grave problema difícil asociadas a algún tratamiento dental? **S** \_\_\_ **N** \_\_\_
- ¿Alguna vez ha tenido un golpe grave a su boca, barbilla, dientes, o cara? **S** \_\_\_ **N** \_\_\_
- ¿Tienen adenoides o amígdalas sido? **S** \_\_\_ **N** \_\_\_
- ¿Ha sido su hijo(a) informado perdida de dientes permanentes? **S** \_\_\_ **N** \_\_\_
- ¿Su hijo(a) no ha parecido sufrimiento molestias en su articulación de la mandíbula (TMJ/TMD)? **S** \_\_\_ **N** \_\_\_
- ¿Su hijo(a) se cepilla los dientes diario? **S** \_\_\_ **N** \_\_\_
- ¿Usa hilo dental despues de cepillarse los dientes? **S** \_\_\_ **N** \_\_\_
- Ha comenzado la pubertad? **S** \_\_\_ **N** \_\_\_
- Ha comenzado la menstruación? (Niñas) **S** \_\_\_ **N** \_\_\_

Su estado de salud es:

**Buena** \_\_\_ **Justo** \_\_\_ **Pobre** \_\_\_

Por Favor diganos de cualquier medicamento esta tomando el paciente:

\_\_\_\_\_

Por favor diganos si el paciente tiene alergias a un medicamento:

\_\_\_\_\_

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

- S** \_\_\_ **N** \_\_\_ Apretando los dientes de molienda
- S** \_\_\_ **N** \_\_\_ Chuparse Los Labios
- S** \_\_\_ **N** \_\_\_ Problemas del halba
- S** \_\_\_ **N** \_\_\_ Respira por la boca
- S** \_\_\_ **N** \_\_\_ Chuparse los dedos
- S** \_\_\_ **N** \_\_\_ Muerde Las Uñas
- S** \_\_\_ **N** \_\_\_ Toma Mamila
- S** \_\_\_ **N** \_\_\_ Empuje de la lengua
- S** \_\_\_ **N** \_\_\_ Anemia
- S** \_\_\_ **N** \_\_\_ Las válvulas de los huesos artificiales

- S** \_\_\_ **N** \_\_\_ Transfusión de sangre
- S** \_\_\_ **N** \_\_\_ cardiopatías congénitas
- S** \_\_\_ **N** \_\_\_ Dificultad Respirando
- S** \_\_\_ **N** \_\_\_ Abuso al alcohol/drogas
- S** \_\_\_ **N** \_\_\_ Epilepsia/ataques
- S** \_\_\_ **N** \_\_\_ Ampollas del feibre/Herpes
- S** \_\_\_ **N** \_\_\_ Desmayos
- S** \_\_\_ **N** \_\_\_ Glaucoma
- S** \_\_\_ **N** \_\_\_ Soplo cardíaco
- S** \_\_\_ **N** \_\_\_ Cirugia Cardiaca
- S** \_\_\_ **N** \_\_\_ Hemofilia
- S** \_\_\_ **N** \_\_\_ La Hepatitis
- 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** \_\_\_ Dolor de cabeza frecuentes
- S** \_\_\_ **N** \_\_\_ Herpes
- S** \_\_\_ **N** \_\_\_ La enfermedad de células falciformes
- S** \_\_\_ **N** \_\_\_ Problemas de sinusitis
- S** \_\_\_ **N** \_\_\_ Tuberculosis (TB)
- S** \_\_\_ **N** \_\_\_ Enfermedad venérea
- S** \_\_\_ **N** \_\_\_ Problemas en los riñones
- S** \_\_\_ **N** \_\_\_ HIV/SIDA
- S** \_\_\_ **N** \_\_\_ Enfesima
- S** \_\_\_ **N** \_\_\_ Tiempos de ataque cardíaco
- S** \_\_\_ **N** \_\_\_ Ulcers/Colitis
- S** \_\_\_ **N** \_\_\_ Sangrado anormales
- S** \_\_\_ **N** \_\_\_ Asma/Artritis
- S** \_\_\_ **N** \_\_\_ Diabetes
- S** \_\_\_ **N** \_\_\_ Cancer/Quimoterapia

**Por favor indique cualquier condición seria que ha tenido alguna vez:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Yo entiendo que la información 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 cualesquier 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 grabada y sus procedimientos clinicos.

**Firma Del Pariente/Tutor Legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

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 del Pariente/Tutor Legal:** \_\_\_\_\_ **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 Del Pariente/Tutor Legal:** \_\_\_\_\_ **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:** \_\_\_\_\_