

# BIENVENIDOS

A

## Ortodoncia Santa Rosa

Los beneficios de una sonrisa sana y feliz son inconmensurables.  
Una sonrisa bella es un activo maravilloso.

### Cuéntanos Acerca De Ti

Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Prefiero que me llamen: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Persona Responsable De La Cuenta

Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_  
# De Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Años en esta dirección: \_\_\_\_\_  
Renta: \_\_\_\_\_ Propia: \_\_\_\_\_  
Patrón: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_  
Años: \_\_\_\_\_  
A quien debemos agradecerle que lo refiriera?  
: \_\_\_\_\_  
En que eventos nos han visto: \_\_\_\_\_ Deportes \_\_\_\_\_  
Escuelas \_\_\_\_\_ Eventos comunitarios \_\_\_\_\_  
Pagina Web \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_  
Dentista General: \_\_\_\_\_  
Cita mas reciente: \_\_\_\_\_

### Información De Su Cónyuge

Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_  
# De Seguro Social: \_\_\_\_\_

### Aseguranza de Ortodoncia

Asegurado/a: \_\_\_\_\_  
Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nombre de aseguranza: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
# De Grupo: \_\_\_\_\_  
# De ID: \_\_\_\_\_  
Patrón: \_\_\_\_\_

### Segunda Aseguranza de Ortodoncia

Asegurado/a: \_\_\_\_\_  
Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nombre de aseguranza: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
# De Grupo: \_\_\_\_\_  
# De ID: \_\_\_\_\_  
Patrón: \_\_\_\_\_

### Historia Médica

¿Tiene algún problema medico? \_\_\_\_\_ S \_\_\_\_\_ N  
Nombre De Su Doctor: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Cita mas reciente: \_\_\_\_\_

¿En el caso de una emergencia, con quien  
debemos comunicarnos?

Nombre: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

## Historia Médica

¿Cuáles son las principales preocupaciones que Ud. quisiera que el ortodoncista corrigiera?  
\_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido evaluada/o para tratamiento de ortodoncia? \_\_\_\_\_ **S** \_\_\_\_\_ **N**

¿Ha tenido Ud. alguna vez un problema asociado a tratamiento dental? \_\_\_\_\_ **S** \_\_\_\_\_ **N**

¿Ha tenido Ud. alguna vez molestias en las coyunturas de la mandíbula (TMJ/TMD)? \_\_\_\_\_ **S** \_\_\_\_\_ **N**

¿Cómo es su estado de salud dental?  
\_\_\_\_\_ Bueno \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Pobre

¿Le gusta su sonrisa? \_\_\_\_\_ **S** \_\_\_\_\_ **N**

¿Le sangran las encías? \_\_\_\_\_ **S** \_\_\_\_\_ **N**

¿Ha tenido Ud. alguna vez una lesión en la cara, boca, dientes o barbilla? \_\_\_\_\_ **S** \_\_\_\_\_ **N**

¿Tiene usted algún problema del habla? \_\_\_\_\_ **S** \_\_\_\_\_ **N**

¿Respira por la boca? \_\_\_\_\_ **S** \_\_\_\_\_ **N**

¿Cuándo? \_\_\_\_\_ Despierto \_\_\_\_\_ Dormido/a

¿Le falta algún diente? \_\_\_\_\_ **S** \_\_\_\_\_ **N**

¿Tiene alguno adicional? \_\_\_\_\_ **S** \_\_\_\_\_ **N**

¿Ha tomado Ud. alguna vez Fosamax? \_\_\_\_\_ **S** \_\_\_\_\_ **N**

¿Ha tomado Ud. alguna vez Phen-Fen? \_\_\_\_\_ **S** \_\_\_\_\_ **N**

¿Fuma tabaco en cualquier forma? \_\_\_\_\_ **S** \_\_\_\_\_ **N**

¿Cómo es su estado de salud?  
\_\_\_\_\_ Bueno \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Pobre

¿Esta bajo el cuidado de un doctor? \_\_\_\_\_ **S** \_\_\_\_\_ **N**  
Especifique: \_\_\_\_\_

¿Esta tomando medicamentos? \_\_\_\_\_ **S** \_\_\_\_\_ **N**  
Por favor nombre sus medicamentos: \_\_\_\_\_

### Para Mujeres:

¿Esta tomando anticonceptivos? \_\_\_\_\_ **S** \_\_\_\_\_ **N**

¿Esta embarazada?: \_\_\_\_\_ **S** \_\_\_\_\_ **N**

¿Esta 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** Huesos, coyunturas, válvulas artificiales

**S** **N** Asma/Artritis

**S** **N** Transfusión de sangre

**S** **N** Cáncer/Quimioterapia

**S** **N** Defecto congénito del corazón

**S** **N** Diabetes

**S** **N** Dificultad respiratoria

**S** **N** Abuso de alcohol/drogas

**S** **N** Enfisema

**S** **N** Epilepsia/Convulsiones/Desmayos

**S** **N** Calenturas/ Herpes labial

**S** **N** Glaucoma

**S** **N** Problemas del corazón

**S** **N** Soplo cardíaco

**S** **N** Prolapso de la válvula mitral

**S** **N** Hemofilia

**S** **N** Presión alta/ baja

**S** **N** Problemas psiquiátricos

**S** **N** Radioterapia

**S** **N** Problemas del riñón/ hígado

**S** **N** Fiebre reumática/ escarlata

**S** **N** Dolor de cabeza frecuente

**S** **N** Sinusitis

**S** **N** Ulceras/Colitis

**S** **N** Hepatitis

**S** **N** Tuberculosis (TB)

**S** **N** Enfermedades Venéreas

**S** **N** HIV SIDA

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

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

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Entiendo que soy responsable de pagar por todos los servicios prestados y también que soy responsable de pagar cualquier cantidad, y deducible que mi seguro no cubra. Por este medio también autorizo el pago de los beneficios de mi seguro, de otro modo pagaderos a mí, directamente a esta oficina.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Entiendo que la información que he proporcionado es, hasta donde yo se, correcta. Que esta información se mantendrá en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado de salud. Yo autorizo al personal dental a llevar a cabo aquellos servicios dentales que sean necesarios durante el diagnóstico, y el tratamiento con mi consentimiento. También entiendo que de vez en cuando esta oficina filma sus facilidades y procedimientos clínicos con fines de capacitación de personal.

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:** \_\_\_\_\_