

BIENVENIDOS

A

Ortodoncia Santa Rosa

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

Cuéntenos Acerca De Su Hijo/a

Fecha: _____
Nombre: _____
Apodo: _____
Sexo: _____ M _____ F _____ Edad: _____
Fecha De Nacimiento: _____ / _____ / _____
Escuela: _____
Teléfono: _____
Dirección: _____
Aficiones: _____

¿Quién Acompaña Al Paciente Hoy?

Nombre: _____
Fecha De Nacimiento: _____
Relación con el paciente: _____
¿Tiene la custodia legal de este niño/a? _____ S _____ N
Estado civil de los padres: _____
¿A quien debemos agradecerle que les refirieran?

En que eventos nos han visto: _____ Deportes
Escuelas _____ Eventos comunitarios _____
Pagina Web _____ Otros _____
Dentista General: _____
Cita mas reciente: _____

Persona Responsable De La Cuenta

Nombre: _____
Fecha De Nacimiento: _____
De Seguro Social: _____
Correo Electrónico: _____
Teléfono de casa: _____
Teléfono del trabajo: _____
Teléfono celular: _____
Dirección: _____
Años en esta dirección: _____
Renta: _____ Propia: _____
Patrón: _____
Ocupación: _____
Años: _____

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?

¿Ha sido evaluado/a su niño/a alguna vez para tratamiento de ortodoncia? **S** **N**

¿Ha tenido su niño/a alguna vez una lesión en la cara, boca, dientes o barbilla? **S** **N**

¿Toca su niño/a algún instrumento musical? **S** **N**

¿Cuál/es? _____

¿Le han removido las amígdalas o adenoides? **S** **N**

¿Le falta algún diente? **S** **N**

¿Tiene alguno adicional? **S** **N**

¿Ha tenido su niño/a molestias en las coyunturas de la mandíbula (TMJ/TMD)? **S** **N**

¿Se cepilla su niño/a los dientes diariamente? **S** **N**

¿Utiliza su niño/a el hilo dental diariamente? **S** **N**

¿Cómo es el estado de salud de su niño/a?

 Bueno Regular Pobre

¿Ha comenzado la pubertad? **S** **N**

Para Niñas:

¿Ha comenzado a menstruar? **S** **N**

¿Esta tomando su niño/a medicamentos? **S** **N**

Por favor nombre sus medicamentos: _____

¿Tiene su niño/a alguna alergia? **S** **N**

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

- S** **N** Rechinar de dientes
- S** **N** Chuparse los dedos/ labios
- S** **N** Problemas del habla
- S** **N** Respirar por la boca

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 _____

- S** **N** Morder las uñas
- S** **N** Protrusión de la lengua
- S** **N** Uso prolongado de la mamila/biberón
- S** **N** Sangrado anormal
- S** **N** Epilepsia/Convulsiones/Desmayos
- S** **N** ADD/ ADHD
- S** **N** Anemia
- S** **N** Alergias al plástico
- S** **N** Alergias al látex
- S** **N** Alergias a metales
- S** **N** Huesos, coyunturas, válvulas artificiales
- S** **N** Asma/Artritis
- S** **N** Dificultad respiratoria
- S** **N** Cáncer/Quimioterapia
- S** **N** Diabetes
- S** **N** Incapacidad/ Discapacidad
- S** **N** Discapacidad auditiva
- S** **N** Defecto congénito del corazón
- S** **N** Soplo cardíaco
- S** **N** Problemas del corazón
- S** **N** Prolapso de la válvula mitral
- S** **N** Hemofilia
- S** **N** Problemas del riñón/ hígado
- S** **N** Fiebre reumática/ escarlata
- S** **N** Dolor de cabeza frecuente
- S** **N** Transfusión de sangre
- S** **N** Calenturas/ Herpes labial
- S** **N** Lupus
- S** **N** Hepatitis
- S** **N** Tuberculosis (TB)
- S** **N** HIV/ SIDA

Por favor, indique cualquier condición médica seria que su niño/a haya tenido alguna vez:

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 el estado de salud de mi niño/a. 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:** _____
