

Los beneficios de una sonrisa feliz y saludable son infinitos.  
Nuestra meta es ayudarle a alcanzar y mantener una salud oral óptima.  
Por favor, rellene este formulario completamente.  
Mientras mejor nos comuniquemos, mejor podremos cuidar de Usted.

# Bienvenido

## al Ortodoncista

### Sobre usted

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_  
Apellido                      Nombre                      Inicial                      Sr.                      Sra.                      Srta.

Prefiero que me llamen por: \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_

# Seguro Social: \_\_\_\_\_

**Dirección de casa:** \_\_\_\_\_  
# de Apt./Condo

\_\_\_\_\_  
Ciudad                      Estado                      Código postal

Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Separado

Tel. Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. Celular/Otro: \_\_\_\_\_

Tel. Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_

# Licencia de manejar: \_\_\_\_\_

**Patrón:** \_\_\_\_\_

Dirección del patrón: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ciudad                      Estado                      Código postal

¿Cuánto tiempo lleva en ese trabajo? \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

¿Cuándo y a qué hora es mejor llamarle? \_\_\_\_\_

¿A quién debemos agradecerle que lo refiriera? \_\_\_\_\_

Otros miembros de la familia atendidos por nosotros: \_\_\_\_\_

**Dentista previo / actual:** \_\_\_\_\_  
(por favor haga un círculo alrededor del que convenga)

**Persona responsable por la cuenta:** \_\_\_\_\_

### Seguro Dental Primario

¿Plan de ortodoncia?  Sí  No    ¿Plan dental?  Sí  No

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

# de grupo (# de plan, local o póliza): \_\_\_\_\_

Nombre del **asegurado:** \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Fecha de nac. del **asegurado:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Patrón del **asegurado:** \_\_\_\_\_

Dirección del patrón: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ciudad                      Estado                      Código postal

### Seguro Dental Secundaria

¿Plan de ortodoncia?  Sí  No    ¿Plan dental?  Sí  No

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

# de grupo (# de plan, local o póliza): \_\_\_\_\_

Nombre del **asegurado:** \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Fecha de nac. del **asegurado:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Patrón del **asegurado:** \_\_\_\_\_

Dirección del patrón: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ciudad                      Estado                      Código postal

### Información del/a esposo/a

Su nombre: \_\_\_\_\_

Patrón: \_\_\_\_\_

Tel. Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_

# de Seg. Social: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Licencia de manejar: \_\_\_\_\_

#### Amigo o pariente que no viva con Ud.

Su nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Tel. Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**El pago debe hacerse en su totalidad al momento de recibir el tratamiento a menos que se hayan hecho arreglos previos y éstos hayan sido aprobados con anterioridad.**

Si esta oficina acepta aseguranza, entiendo que soy responsable por el pago de los servicios recibidos así como por el pago de cualquier co-pago o deducible que mi aseguranza no cubra. Por este medio autorizo el pago de los beneficios del grupo de aseguranza (que de otro modo me serían pagados a mí) directamente a esta oficina. Entiendo que soy responsable por todo el costo del tratamiento de ortodoncia. Autorizo la entrega de cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los expedientes de tratamiento o examen provistos, a mi compañía de seguros.

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

Continúa al dorso

# Historial médico

¿Tiene Ud. un médico personal?  Sí  No

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_

Su estado actual de salud es:  Bueno  Regular  Pobre

Actualmente, ¿está Ud. bajo atención médica?  Sí  No

Por favor, explique: \_\_\_\_\_

¿Fuma Ud. o utiliza alguna forma de tabaco?  Sí  No

¿Le han puesto varillas de metal, tornillos o implantes?  Sí  No

¿Está tomando alguna medicina con o sin receta?  Sí  No

Haga una lista de cada una: \_\_\_\_\_

¿Ha tomado alguna vez Phen-Fen?  Sí  No  
También conocida como Redux or Pondimin.

Si la ha tomado, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

Para mujeres: ¿Toma Ud. pastillas anticonceptivas?  Sí  No

¿Está Ud. embarazada?  Sí  No Semana #: \_\_\_\_\_

¿Está lactando?  Sí  No

¿Ha tenido Ud. algunas de las siguientes enfermedades o problemas médicos?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sí No Sangrado anormal                            | <input type="checkbox"/> Sí No Hepatitis                     |
| <input type="checkbox"/> Sí No SIDA  | <input type="checkbox"/> Sí No Herpes/ampollas de fiebre     |
| <input type="checkbox"/> Sí No Alcohol/abuso de drogas                     | <input type="checkbox"/> Sí No Alta presión                  |
| <input type="checkbox"/> Sí No Anemia                                      | <input type="checkbox"/> Sí No VIH                           |
| <input type="checkbox"/> Sí No Artritis                                    | <input type="checkbox"/> Sí No Hospitalización               |
| <input type="checkbox"/> Sí No Huesos/coyunturas/<br>válvulas artificiales | <input type="checkbox"/> Sí No Problemas de los riñones      |
| <input type="checkbox"/> Sí No Asma  | <input type="checkbox"/> Sí No Enfermedad del hígado         |
| <input type="checkbox"/> Sí No Transfusión de sangre                       | <input type="checkbox"/> Sí No Baja presión                  |
| <input type="checkbox"/> Sí No Cáncer/Quimioterapia                        | <input type="checkbox"/> Sí No Lupus                         |
| <input type="checkbox"/> Sí No Colitis                                     | <input type="checkbox"/> Sí No Prolapso de la válvula mitral |
| <input type="checkbox"/> Sí No Defecto congénito del corazón               | <input type="checkbox"/> Sí No Marcapasos                    |
| <input type="checkbox"/> Sí No Diabetes                                    | <input type="checkbox"/> Sí No Problemas psiquiátricos       |
| <input type="checkbox"/> Sí No Dificultad respiratoria                     | <input type="checkbox"/> Sí No Tratamiento de radiación      |
| <input type="checkbox"/> Sí No Enfisema                                    | <input type="checkbox"/> Sí No Fiebre reumática/escarlatina  |
| <input type="checkbox"/> Sí No Epilepsia                                   | <input type="checkbox"/> Sí No Convulsiones                  |
| <input type="checkbox"/> Sí No Desmayos                                    | <input type="checkbox"/> Sí No Varicelas adultas             |
| <input type="checkbox"/> Sí No Dolores de cabeza frecuentes                | <input type="checkbox"/> Sí No Anemia de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Sí No Glaucoma                                    | <input type="checkbox"/> Sí No Problemas de sinusitis        |
| <input type="checkbox"/> Sí No Fiebre del heno                             | <input type="checkbox"/> Sí No Derrame cerebral              |
| <input type="checkbox"/> Sí No Ataque cardíaco/cirugía                     | <input type="checkbox"/> Sí No Problemas de la tiroide       |
| <input type="checkbox"/> Sí No Soplo del corazón                           | <input type="checkbox"/> Sí No Tuberculosis (TB)             |
| <input type="checkbox"/> Sí No Hemofilia                                   | <input type="checkbox"/> Sí No Úlceras                       |
|  | <input type="checkbox"/> Sí No Enfermedades venéreas         |

Haga una lista de cualquier condición médica seria que tenga/haya tenido: \_\_\_\_\_

¿Es Ud. alérgico a cualquiera de las siguientes cosas?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sí No Aspirina             | <input type="checkbox"/> Sí No Eritromicina  | <input type="checkbox"/> Sí No Penicilina   |
| <input type="checkbox"/> Sí No Codeína              | <input type="checkbox"/> Sí No Joyas/metales | <input type="checkbox"/> Sí No Tetraciclina |
| <input type="checkbox"/> Sí No Anestésicos dentales | <input type="checkbox"/> Sí No Látex         | <input type="checkbox"/> Sí No Otro         |

Haga una lista de cualquier otra medicina/material al que sea alérgico: \_\_\_\_\_

Nuestra oficina cumple con las normas HIPAA y está comprometida con satisfacer o exceder las normas de control de infecciones emitidas por la OSHA, el CDC y la ADA.

## Actualización del historial médico

¿Ha ocurrido algún cambio en su estado médico desde su última visita  Sí  No  
Si respondió que sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Ha ocurrido algún cambio en su estado médico desde su última visita  Sí  No  
Si respondió que sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

# Historial dental

¿Cuáles son las mayores preocupaciones que Ud. quisiera que su tratamiento de ortodoncia corrigiera?

¿Ha sido evaluado alguna vez para recibir tratamiento de ortodoncia?  Sí  No

¿Ha tenido Ud. problemas serios/complicaciones asociadas con trabajos dentales previos?  Sí  No

¿Ha experimentado Ud. alguna vez de dolor/incomodidad en las coyunturas de su mandíbula (TMJ / TMD)?  Sí  No

Su estado actual de salud es:  Bueno  Regular  Pobre

¿Tiene Ud. todavía las muelas del juicio?  Sí  No

¿Ha sufrido Ud. en alguna ocasión de lesiones en su:

Boca Dientes Barbilla (por favor, circule la respuesta)

¿Tiene Ud. problemas del habla? \_\_\_\_\_

Generalmente, ¿respira Ud. por la boca?  Sí  No

¿Mientras está despierto? ¿Dormido?

¿Le faltan dientes o tiene dientes permanentes de más?  Sí  No

¿Está contento con su sonrisa?  Sí  No

Si respondió que no, ¿qué cambiaría? \_\_\_\_\_

Entiendo que la información que he proporcionado hoy es hasta donde yo sé correcta. También entiendo que esta información se mantendrá en la más estricta confidencialidad y que es mi responsabilidad informarle a esta oficina de cualquier cambio en mi estado médico. Autorizo al personal dental a llevar a cabo cualquier servicio dental que sea necesario durante mi diagnóstico y tratamiento, con mi consentimiento. Esta oficina se reserva el derecho de verificar el estado del crédito de sus pacientes potenciales y/o los padres del paciente antes de extenderle crédito por el costo del tratamiento, así como de utilizar, a discreción de la oficina, una o más fuentes de reporte de crédito.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

He revisado verbalmente la información médica/dental con el paciente aquí nombrado:

Iniciales: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Comentarios del doctor: \_\_\_\_\_