

PARA ADULTOS: BIENVENIDOS A NUESTRA PRACTICA

1) DESCRIBASE USTED

La Fecha de hoy: _____ NACIMIENTO: _____

Nombre: _____ EDAD: _____

APELLIDO _____ NOMBRE INICIAL (SR. SRA. SRTA) _____

Me gusta que me llamen: _____

Tel. Trabajo: _____

Tel. Casa #: _____

Seguro #: _____

LIC #: _____

Direccion de la Casa: _____

DEPTO. # _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

2) SOBRE SU EMPLEADOR:

Nombre: _____

Direccion: _____

Cuanto ha trabajado ahi? _____

Ocupacion: _____

Cuando y donde es mas conveniente llamarle? _____

Otros miembros de la familia que atendemos? _____

Aquien le agradecemos por su referencia? _____

3) INFORMACION DE LA ESPOSA:

Nombre: _____

Empleador: _____

Tel. De trabajo: _____

LIC #: _____

Seguro #: _____

Nacimiento: _____

INFORMACION DENTAL:

Dentista Previo/Actual: _____

Calle: _____

Tel. #: _____ Su ultima visita: _____

4) INFO. DE LA PERSONA RESPONSABLE:

Nombre: _____

Direccion para el pago: _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

Tel. Trabajo #: _____ Ext. _____

Tel. Casa #: _____

Empleador: _____

LIC #: _____

Seguro #: _____

En caso de emergencia llame:

Nombre: _____ Relacion: _____

Tel. Trabajo #: _____ Ext. _____

Tel. Casa #: _____

5) SEGURO DENTAL PRIMARIO:

Nombre del Seguro: _____

Direccion: _____

Tel. De la Comp. de Seguro #: _____

Grupo/Poliza #: _____

Nombre del Asegurado: _____

Relacion con el paciente: _____

Fecha de Nacim: _____

Empleador del Asegurado: _____

Seguro #: _____

Cobertura de Ortodoncia: Si No

SEGURO DENTAL SECUNDARIO:

Nombre del Seguro: _____

Direccion: _____

Tel. De la Comp. de Seguro #: _____

Grupo/Poliza #: _____

Nombre del Asegurado: _____

Relacion con el paciente: _____

Fecha de Nacim: _____

Empleador del Asegurado: _____

Seguro #: _____

Cobertura de Ortodoncia: Si No

6) HISTORIA DENTAL

Porque viene al ortodoncista hoy? _____
Sufre de dolor en este momento? Si No
Actualmente, su salud dental es:
 BUENA JUSTA MALA
Ha tenido alguna vez, dificultades/serios problemas asociados con trabajos dentales anteriormente? Si No
Ha tenido dolor o sensibilidad en la Mandibula (TMJ/TMD)? Si No
Le complace su sonrisa? Si No
Sus Encias Sangran? Si No
Cuantas veces a la semana usa hilo dental? _____
Al dia se cepilla? _____
Tipo de cepillo? Duro Medio Suave

7) HISTORIA MEDICA

Tiene un doctor personal? Si No
Nombre: _____
Telefono: _____ Ultima visita: _____
Su salud fisica es:
 BUENA JUSTA MALA
Esta al cuidado de un doctor? Si No
Explique: _____
Esta tomando drogas prescritas? Si No
SOLO PARA MUJERES:
Esta tomando pildora de natalidad Si No
Esta embarazada? Si No Semana # _____
Esta amamantando? Si No

8) HA TENIDO ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS MEDICOS?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Protesis</i> | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Historia de Fiebre Scarl.</i> |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Ataque al Cor</i> | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Deficiencia del Corazon</i> |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Cancer</i> | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Epilepsia Convulsion</i> |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Diabetis</i> | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Sangrado Abnormal</i> |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Fiebre Reumt.</i> | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Valvula Artificial</i> |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>HIV/SIDA</i> | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Operacion Corazon Cont</i> |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Hemofilia</i> | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Estuve en el Hospital</i> |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Asma</i> | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Problemas Higado/Rinon</i> |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Hepatitis</i> | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Prolapso Valvula Mitral</i> |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Tuberculosis</i> | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Huesos Art. Artificial</i> |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Espinillas</i> | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Sever/Freq Dolor Cabeza</i> |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Fiebre Ampol</i> | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Alta/B Presion</i> |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Enfermd Ven</i> | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Abuso de Drogas Alcol</i> |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Ulcera Colittis</i> | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Transfucion de Sangre</i> |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Murmuro Co</i> | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Anemia Rad Tratamiento</i> |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Efisema</i> | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Glaucoma</i> |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Sinusitis Prob</i> | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Problema de Respiracion</i> |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Otros:</i> | |

Esta tomando alguna de estas?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Aspirina</i> | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Erytromicina</i> |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Codeina</i> | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Anesteticos Dentales</i> |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Latex</i> | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Tetraciclina</i> |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Penicilina</i> | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Otros:</i> |

Nuestra oficina se compromete llenar o exceder los estandares de control de infection mandados por OSHA, CDC y ADA.

9) Yo entiendo que la informacion he dado de acuerdo a mi conocimiento es correcta y que se mantendra en la mas estricta confidencialidad, que es my responsabilidad el informar a esta oficina de cualquier cambio en el estado medico de mi niño. Yo tambien autorizo al personal dental que realice el servicio dental que mi niño necesite.

FIRMA DE EL PADRE / TUTOR _____

FECHA _____

El padre or tutor que acompaña al niño es responsable de el pago al tiempo que estos se reciban a menos que otros arreglos se hayan hecho antes de que se hayan aprobado.

SOLO PARA LA OFIDINA — SOLO PARA LA OFIDINA — SOLO PARA LA OFIDINA

Yo he revisado verbalmente la informacion medica/dental con el padre o tutor y paciente presente.

Iniciales: _____ Fecha: _____

Comentarios de el Doctor: _____

Historia Media Actualizada:

1. Fecha: _____ Firma: _____

Comentarios: _____

2. Fecha: _____ Firma: _____

Comentarios: _____