

Bienvenido

al Ortodoncista

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.

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: _____

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: (____) _____

Aseguranza

¿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

Aseguranza 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

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. ☐ Sí ☐ No

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?

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

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

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

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ No Aspirina | ☐ No Eritromicina | ☐ No Penicilina |
| ☐ No Codeína | ☐ No Joyas/metales | ☐ No Tetraciclina |
| ☐ No Anestésicos dentales | ☐ No Látex | ☐ No Otro |

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

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: _____

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: _____

Firma _____ Fecha _____

Firma del dentista _____ Fecha _____

Firma _____ Fecha _____

Firma del dentista _____ Fecha _____