

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre SegundoDirección \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Zip

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguridad Social# \_\_\_\_\_

Si el paciente es un menor, nombre del pariente o representante \_\_\_\_\_

A quien agradecemos el haberlo referido con nosotros? \_\_\_\_\_

Como le gustaría confirmar su cita \_\_\_ Email \_\_\_ Llamada telf. \_\_\_ Texto \_\_\_ Otro

**INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA**Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre SegundoLugar de residencia \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad ZipDirección de correo \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Zip

Cuanto tiempo ha vivido en esta dirección? \_\_\_\_\_ Teléfono casa \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo \_\_\_\_\_

Telefono Celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección anterior (si tiene menos de 3 años) \_\_\_\_\_

Seguridad Social (social security) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Relación con el  
paciente \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Años de empleo \_\_\_\_\_

Nombre del Cónyuge \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Años de empleo \_\_\_\_\_

Seguridad Social (social security) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Telefono del trabajo \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE LA ASEGURANZA DENTAL**

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ # Seguridad Social del asegurado \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ Grupo#. \_\_\_\_\_ Num. Local. \_\_\_\_\_

Dirección Compañía de seguros \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Ud. Tiene doble cobertura? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si es así:

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ #Seguridad Social del asegurado \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ Grupo #. \_\_\_\_\_ #Local. \_\_\_\_\_

Dirección compañía aseguradora \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**INFORMACION EN CASO DE EMERGENCIA**

Nombre del familiar más cercano que no viva con usted \_\_\_\_\_

Dirección Completa \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Zip

Telefono \_\_\_\_\_

Yo entiendo que, en caso de ser necesario, se obtendrán reportes del buró de crédito.

Firma (Si es un menor firma del representante) \_\_\_\_\_

Actualización (Fecha e iniciales) \_\_\_\_\_

## HISTORIA MEDICA

Médico \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Por favor marque con un círculo si o no (si responde si, favor llenar detalles)

Si No Esta tomando algun medicamento? \_\_\_\_\_  
Si No Es alergico a algun medicamento? \_\_\_\_\_  
Si No Ha sufrido de alguna enfermedad crítica? \_\_\_\_\_  
Si No Ha tenido alguna operación? \_\_\_\_\_  
Si No Ha tenido algun accidente de gravedad? \_\_\_\_\_  
Si No Ha visitado su médico en los últimos 12 meses? Para que condición? \_\_\_\_\_

Marque con un circulo cualquiera de las siguientes condiciones que haya padecido o que padezca actualmente:

|                                |                               |                               |                         |
|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| Sangramiento anormal/Hemofilia | Diabetes                      | Hepatitis/Problema del Hígado | Neumonia                |
| Anemia                         | Mareos                        | Herpes                        | Sangramiento prolongado |
| Artritis                       | Epilepsia                     | Presión Arterial Alta         | Radiación/Quimioterapia |
| Asma o Fiebre del Heno         | Desordenes Gastrointestinales | HIV / Sida                    | Fiebre Reumática        |
| Desordenes Óseos               | Problemas Cardíacos           | Problemas en los riñones      | Tuberculosis            |
| Enfermedad Cardíaca Congénita  | Soplo Cardíaco                | Desordenes Nerviosos          | Tumores o Cancer        |

Tiene alguna condición que no hayamos discutido que usted quiera hacernos saber? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## HISTORIA DENTAL

Dentista General \_\_\_\_\_ Fecha de última visita \_\_\_\_\_  
Que le preocupa más acerca de sus dientes? \_\_\_\_\_

Si No Tiene algun dolor bucal? \_\_\_\_\_  
Si No Ha tenido alguna vez una reacción desfavorable a un tratamiento dental? \_\_\_\_\_  
Si No Se le ha partido o desportillado algun diente? \_\_\_\_\_  
Si No Ha sufrido alguna lesion en la cara, boca o dientes? \_\_\_\_\_  
Si No Algun area de su boca es sensible al frío o al calor? Que área? \_\_\_\_\_  
Si No Hay algun área de su boca sensible a la presión? Qué área? \_\_\_\_\_  
Si No Le sangran las encias cuando se cepilla? \_\_\_\_\_  
Si No Tiene algun hábito como chuparse el dedo o empujar los dientes con la lengua? \_\_\_\_\_  
Si No Respira usted por la boca? \_\_\_\_\_  
Si No Ha visto a un ortodoncista antes? De ser así, Nombre del doctor y en que año? \_\_\_\_\_  
Si No Cual es su actitud acerca de recibir tratamiento de ortodoncia? \_\_\_\_\_  
Si No Hay alguien en su familia que haya recibido tratamiento de ortodoncia? \_\_\_\_\_  
Como se sintieron acerca del resultado? \_\_\_\_\_  
Si No Sus dientes o maxilares se sienten cansados cuando se levanta en las mañanas? \_\_\_\_\_  
Si No Siente algun sonido o salto en su articulación mandibular? \_\_\_\_\_  
Si No Aprieta usted los dientes durante el día? \_\_\_\_\_  
Si No Alguien le ha dicho alguna vez que rechina sus dientes? \_\_\_\_\_  
Si No Sufre de Jaquecas? \_\_\_\_\_  
Si No Ha sentido alguna vez un campaneio crónico en sus oidos? \_\_\_\_\_  
Si No Si el paciente es menor de 16 años, cual es su altura? Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_  
Si No Es de su conocimiento que algunas de sus citas pudieran ser durante horas de trabajo o escuela? \_\_\_\_\_  
Denos una lista de sus pasatiempos o intereses \_\_\_\_\_  
Solo para mujeres:  
Si No Esta embarazada? \_\_\_\_\_  
Si No Ya comenzo su menstruación? \_\_\_\_\_

## BENEFICIOS

Los beneficios del tratamiento de ortodoncia son: Estetica, Salud, y Función. La Ortodoncia es un tratamiento que provee mejoramiento en la apariencia de los dientes, en la funcion general de los dientes, y en la salud dental general. Dientes, encias, y maxilares son una parte intrinseca del cuerpo y pudieran no responder al tratamiento. Si usted no mantiene una buena higiene oral, pudiera resultar en caries dentales y encias hipertrofiadas. Incomodidad en la articulacion y raices cortas se ha observado en un pequeño porcentaje de los casos. Los dientes cambian durante el transcurso de la vida y puede haber movimiento de los dientes y cambios despues del tratamiento. He leído y entendido este parrafo. Tambien entiendo que los exámenes diagnosticos y mi nombre pudieran usarse para investigacion o promocion. Yo he respondido con veracidad las preguntas a este cuestionario y comprometo a informar a esta oficina de cualquier cambio en mi historia médica o dental. Además, Yo autorizo al Dr. \_\_\_\_\_ a realizar una evaluacion ortodoncica completa.

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