



**BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA**

**Para que podamos conocerle mejor, por favor complete ambos lados de este formulario.**

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_ Nombre Preferido \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Dirección de casa \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Fecha de Cumpleaños \_\_\_\_\_

Dentista del Paciente \_\_\_\_\_ # de teléfono \_\_\_\_\_

¿Cómo se entero de nuestra oficina? \_\_\_\_\_

¿Que se dio cuenta del problema de ortodoncia? [ ] Paciente [ ] dentista [ ] Otro \_\_\_\_\_

Describir el problema de ortodoncia en sus propias palabras \_\_\_\_\_

¿Lo que le preocupan más de la idea de un tratamiento de ortodoncia

[ ] Apariencia en frenos/aparatos ortodónticos [ ] cuesta [ ] periodo de tiempo [ ] malestar [ ] Resultados [ ] otro \_\_\_\_\_

Occupación \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_

**FAMILY AND ACCOUNT INFORMATION**

Nombre de Esposa \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_

Persona responsable por la cuenta \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

Una póliza de seguro dental es un contrato entre el asegurado y la compañía de seguros. Nuestros servicios profesionales se prestan y cargan directamente a la cuenta del paciente y el paciente o la persona responsable de la cuenta es responsable del pago de todos los cargos incurridos. Para su comodidad, estaremos encantados de ayudarle en la presentación de reclamaciones de seguros pertinentes si un cargo para el cuidado en nuestra oficina. Si desea asistencia, le pedimos que nos proporcione un formulario de reclamación a su compañía de seguros en su primera visita o tan pronto como sea posible. De lo contrario, vamos a suponer que está presentando todas las reclamaciones a su compañía de seguros y las comisiones se debe en su totalidad a partir de que al recibir el servicio o facturación.

Primaria

Nombre del asegurado (Empleado) \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Fecha de Cumpleaños \_\_\_\_\_

Compañía de aseguranza. \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_ # de teléfono de aseguranza \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Secundario

Nombre del asegurado (Empleado) \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Fecha de Cumpleaños \_\_\_\_\_

Compañía de aseguranza. \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_ # de teléfono de aseguranza \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

**Sus respuestas a las siguientes preguntas serán útiles en la selección de los medios más seguros y más eficaces de proporcionar su cuidado dental. Toda la información será completamente confidencial..**

**HISTORIA MEDICO**

Nombre de su Médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Ha experimentado su hijo algún problema de salud? [ ] No [ ] Sí Explicar: \_\_\_\_\_

¿Cualquier cambio en la salud de su hijo recientemente? [ ] No [ ] Sí Explicar: \_\_\_\_\_

¿Es el niño bajo el cuidado de un médico? [ ] No [ ] Sí Explicar: \_\_\_\_\_

¿Actualmente está tomando medicamentos a su hijo? [ ] No [ ] Sí Listar: \_\_\_\_\_

¿Es el niño alérgico a algún medicamento? [ ] No [ ] Sí Listar: \_\_\_\_\_

¿Es el niño alérgico al látex o metales? [ ] No [ ] Sí Listar: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido su hijo una transfusión de sangre? [ ] No [ ] Sí Razón: \_\_\_\_\_

¿Se ha quitado las amígdalas o adenoides de su hijo? [ ] No [ ] Sí Cuando: \_\_\_\_\_

¿Ha estado en un grupo de alto riesgo para el SIDA? [ ] No [ ] Sí Explicar: \_\_\_\_\_

Soplo del corazón [ ] No [ ] Sí	Hepatitis [ ] No [ ] Sí	Problemas Emocionales [ ] No [ ] Sí
Cirujía del corazón [ ] No [ ] Sí	Diabetes [ ] No [ ] Sí	Nervioso / Ansioso [ ] No [ ] Sí
Fiebre reumática [ ] No [ ] Sí	Enfermedad de Riñones [ ] No [ ] Sí	Cancer [ ] No [ ] Sí
Desordenes endocrinos [ ] No [ ] Sí	Enfermedad del Hígado [ ] No [ ] Sí	Trastornos de los Huesos [ ] No [ ] Sí
El sangrado prolongado [ ] No [ ] Sí	Tuberculosis [ ] No [ ] Sí	Trastornos del crecimiento [ ] No [ ] Sí
Anemia [ ] No [ ] Sí	Bronquitis [ ] No [ ] Sí	SIDA [ ] No [ ] Sí
Enfermedad de Sangre [ ] No [ ] Sí	Asma [ ] No [ ] Sí	Herpes (herpes febril) [ ] No [ ] Sí
La urticaria / erupción [ ] No [ ] Sí	Epilepsia [ ] No [ ] Sí	Tonsillitis [ ] No [ ] Sí
Trastorno Generalizado del desarrollo [ ] No [ ] Sí		Desmayo [ ] No [ ] Sí
Los dolores de cabeza frecuentes [ ] No [ ] Sí		

¿Hay alguna otra condición o problema que cree que deberíamos saber? \_\_\_\_\_

**HISTORIA DENTAL**

**Nombre de dentista:** \_\_\_\_\_

**(Si afuera de Payson) Address:** \_\_\_\_\_ **City:** \_\_\_\_\_ **State** \_\_\_\_\_ **Phone** \_\_\_\_\_

Frecuencia de citas dentales: Dos veces as año [ ] Una vez al año [ ] Únicamente si existe una problema Fecha de última cita \_\_\_\_\_

¿Hay algún cuidado sin terminar para ser completado con el dentista de su hijo? [ ] No [ ] Sí Explicar: \_\_\_\_\_

¿Se asusta su hijo sobre el tratamiento dental? [ ] No [ ] Sí Explicar: \_\_\_\_\_

¿su hijo ha tenido una experiencia desagradable en un consultorio dental? [ ] No [ ] Sí Explicar: \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha tenido alguna lesión a la cara o a las dientes? [ ] No [ ] Sí Explicar: \_\_\_\_\_

¿Toca algún instrumento musical? [ ] No [ ] Sí Cual instrumento? \_\_\_\_\_

¿Juega algún deporte? [ ] No [ ] Sí Cuales Deportes? \_\_\_\_\_

¿Usa su hijo un protector bucal al practicar deportes? [ ] No [ ] Sí

¿Ha consultado a su hijo un ortodontista previamente? [ ] No [ ] Sí Con quien? \_\_\_\_\_

¿Se han eliminado los dientes (ya sean primarios o permanentes)? [ ] No [ ] Sí

¿Su hijo ha tenido algún tipo de tratamiento ortodóntica anteriormente? [ ] No [ ] Sí Con quien? \_\_\_\_\_

¿Está satisfecho con el tratamiento previo? [ ] No [ ] Sí Explicar: \_\_\_\_\_

¿Ha notado algún cambio en la mordedura o la alineación dental [ ] No [ ] Sí Explicar: \_\_\_\_\_

¿recientemente?

¿Cuáles son las principales preocupaciones que tener en relación con la posición de los dientes o morder:

[ ] Estética [ ] Limpieza [ ] Comfort [ ] capacidad de masticar [ ] Estabilidad de los dientes

Por favor elabora: \_\_\_\_\_

¿Qué preocupación tiene su dentista (s) expresado en relación con la mordida o la alineación dental:

[ ] Desgaste o fracturas de los dientes [ ] Dificultad con la limpieza relacionadas con la alineación de los dientes

[ ] La pérdida de hueso o el tejido de las encías [ ] Opresión o molestias en las articulaciones o los músculos de la mandíbula

[ ] La alineación de los dientes antes del tratamiento restaurador dental (coronas, puentes, etc.)

[ ] Otro \_\_\_\_\_

Por favor, marcar si hay una historia de:

[ ] Apretando los dientes [ ] dolor muscular alrededor de la cabeza y cuello [ ] mandíbula dolor en las articulaciones

[ ] Mandíbula estallar conjunta / clic Grinding teeth [ ] Los dolores de cabeza (más de lo normal) [ ] ronquido excesivo

[ ] Zumbido en los oídos [ ] Los problemas del habla (Si es así, que sonidos \_\_\_\_\_)

[ ] La respiración bucal: Despierto \_\_\_\_\_ Durmiendo \_\_\_\_\_

¿Hay alguna otra información que pueda ser útil? \_\_\_\_\_

**El que suscribe ha dado la información médica y dental anterior, revisado y encontrarlo precisa. Si hay algún cambio en este disco, voy a informar a esta práctica.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Responsable** **Fecha** **Reviewed by:**

**PARA USO DEL MÉDICO SOLAMENTE. PREMEDICATE FOR BANDING / DEBANDING [ ] YES [ ] NO**