



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 _____

Número de Teléfono _____ Edad _____ Fecha de Cumpleaños _____ Escuela _____ Grado _____

El Niño vivo con: Madre Padre Ambos Otra Situación _____

¿Cómo se entero de nuestra oficina? _____

Describir el problema de ortodoncia o preocupación en sus propias palabras _____

Intereses / hobbies del paciente _____

INFORMACIÓN DE LOS PADRES Y CUENTA

Estado civil de los padres Casado Separado Divorciado Viudo

	PADRE	MADRE
NOMBRE	_____	_____

Dirección (si es diferente a la anterior) (ciudad, estado, código postal)	_____	_____
	_____	_____

Número de Teléfono (si es diferente a la anterior) _____

Número de seguridad social _____

El nombre del empleador _____

Teléfono de la empresa (extensión o departamento) _____

Occupación _____

Responsable de Cuenta _____ Correo electrónico para la cuenta de la comunicación: _____

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 _____

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: _____

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? _____

Growth Information for Patients Under 16 Years of Age

Información de crecimiento para pacientes menores de 16 años de edad
Debido a que el crecimiento puede ser un factor importante en la planificación del tratamiento de ortodoncia, se necesitan sus respuestas a las siguientes preguntas para ayudar en nuestra selección de alternativas de tratamiento:

¿Ha llegado a su hijo o hija la pubertad? [] No [] Sí

Chicas - ¿ella ha comenzado la menstruación? [] No [] Sí Cuando? _____

Chicos - ¿se ha cambiado la voz? [] No [] Sí Cuando? _____

Altura _____ ¿Se siente el crecimiento se ha completado? [] No [] Sí

Altura de Padre _____ Altura de Madre _____ Adoptado? [] No [] Sí

Nombres y edades de los hermanos y hermanas del paciente _____

¿Tener o hermanos o padres tenían un tratamiento de ortodoncia? [] No [] Sí Con quien? _____

HISTORIA DENTAL

Nombre de dentista: _____

(Si fuera 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: _____

¿Hay una historia de succión digital? [] No [] Sí Parado? _____

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