



**INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE ADULTO**  
 2205 Oak Ridge Rd., Suite CC Oak Ridge, NC 27310  
 336-441-8301 <mailto:admin@olmstedorthodontics.com>



Fecha actual:

Nombre del paciente: Primer Nombre		Apellido		Apodo		Género		Edad:				
Dirección:		Ciudad:		Estado:		Código postal						
Motivo de la visita:				¿Quién es tu dentista?		¿Cuántos años?		Paciente fecha de nacimiento				
Horas preferidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Noche	<input type="checkbox"/>	Lu	Mar	Mier	Juev	Vier	Teléfono casero del paciente	
¿Cómo se enteró de nosotros?		¿Quien debemos dar las gracias por lo referente a nuestra oficina?								Teléfono paciente		
¿Nadie en su familia ha sido tratada por diferentes ortodoncista?				Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si es así, quien?					Teléfono paciente trabajo	
¿Nadie en su familia ha sido tratada en nuestra oficina?				Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si es así, quien?						
Tienes hijos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre de sus hijos		Edad	Fecha de nacimiento		Nombre de sus hijos			Edad	Fecha de nacimiento			
Sus intereses, pasatiempos, deportes: <span style="float: right;">Dirección de correo electrónico de los padres</span>												
Estado civil:		Casado: <input type="checkbox"/>	Soltero: <input type="checkbox"/>	Separados: <input type="checkbox"/>		Divorciado: <input type="checkbox"/>	Viudo: <input type="checkbox"/>					
Si está casado, el nombre de su:				Fecha de nacimiento del cónyuge		Teléfono del trabajo del cónyuge			Celular del cónyuge			
Si la dirección de su cónyuge es diferente, llene lo siguiente:												
Dirección:		Ciudad		Estado:		Código postal:						

#### PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA

¿Quién es responsable de esta cuenta?	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Pareja	<input type="checkbox"/> Alguien más-----que no sea usted o su cónyuge por favor llene lo siguiente:
Nombre: :			Relación Select
Teléfono celular:	Teléfono de casa:	Teléfono del trabajo::	Correo electrónico:
Dirección:	Ciudad	Estado: :	Código postal:

#### INFORMACIÓN DE EMPLEO

Su empleador:	Empleador del cónyuge:		
Domicilio:	Domicilio:		
Teléfono de la empresa:	Teléfono de la empresa:		
El título del trabajo:	¿Duración de empleo?	Título del trabajo del cónyuge:	¿Duración de empleo?

#### NUEVA INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE SEGURO

¿Tiene cobertura de seguro que incluye el tratamiento ortodóncico para los miembros de su familia?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Si "sí" por favor, rellene el siguiente formulario:
Política #1		Política #2	
Tenedor de la póliza::	Tenedor de la póliza:		
Compañía de seguros:	Compañía de seguros:		
Asegurados de la Seguridad Social #:	Asegurados de la Seguridad Social #:		
IAsegurado por ID de miembro:	Asegurado por ID de miembro:		
Del asegurado Grupo #:	Del asegurado Grupo #:		
Fecha de nacimiento del asegurado	Fecha de nacimiento del asegurado:		
Seguro de teléfono:	Seguro de teléfono:		
Dirección de seguro:	Dirección de seguro:		

Contacto de emergencia: Nombre: :

Teléfono:

Relación con el paciente

# HISTORIA CLÍNICA

Nombre del médico: :

Número de teléfono de médico

¿Ha tenido alguna de las siguientes? Los que se aplican Compruebe por favor:

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA<br><input type="checkbox"/> Alergias (lista abajo)<br><input type="checkbox"/> Anemia<br><input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales<br><input type="checkbox"/> Asma<br><input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre<br><input type="checkbox"/> Problemas de articulación artritis<br><input type="checkbox"/> Cáncer (tipo)<br><input type="checkbox"/> Diabetes<br><input type="checkbox"/> Mareo<br><input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Problemas endocrinos<br><input type="checkbox"/> Sangrado prolongado<br><input type="checkbox"/> Desmayo<br><input type="checkbox"/> Glaucoma<br><input type="checkbox"/> Fiebre del heno<br><input type="checkbox"/> Traumatismos de la cabeza<br><input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón<br><input type="checkbox"/> Soplo cardíaco<br><input type="checkbox"/> Hepatitis<br><input type="checkbox"/> Presión arterial alta<br><input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón<br><input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado<br><input type="checkbox"/> Problemas emocionales<br><input type="checkbox"/> Trastornos nerviosos<br><input type="checkbox"/> Marcapasos<br><input type="checkbox"/> Embarazada<br><input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación<br><input type="checkbox"/> Problemas respiratorios<br><input type="checkbox"/> Fiebre reumática<br><input type="checkbox"/> Reumatismo | <input type="checkbox"/> Problemas de los senos<br><input type="checkbox"/> Problemas de estómago<br><input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular<br><input type="checkbox"/> Amigdalas eliminadas<br><input type="checkbox"/> Tuberculosis<br><input type="checkbox"/> Tumores<br><input type="checkbox"/> Úlceras<br><input type="checkbox"/> Enfermedad venérea<br><input type="checkbox"/> Alergia al níquel<br><input type="checkbox"/> Alergia al látex |
|--|--|---|---|

Lista de alergias:

Medicamentos actuales:

¿Han sido admitidos a un hospital o ha necesitado atención de emergencia durante los últimos dos años?

Si  No  En si es verdad explique:

¿Usted actualmente está en tratamiento por alguna condición médica?

Si  No  si es verdad, sírvase precisar

## HISTORIA DENTAL

¿Ha tenido alguna de las siguientes? Los que se aplican Compruebe por favor:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lesiones en cara, boca, dientes<br><input type="checkbox"/> Pulgar, dedo o labio hábitos de succión<br><input type="checkbox"/> Problemas del habla<br><input type="checkbox"/> Boca de respiración cuando dormido o despierto<br><input type="checkbox"/> Dientes permanentes perdidos o extras<br><input type="checkbox"/> Eliminado por la extracción de dientes (fecha)<br><input type="checkbox"/> Endodoncia (Root canal) (fecha)<br><input type="checkbox"/> Lengua de empuje<br><input type="checkbox"/> Sonidos de timbre en los oídos o vértigo<br><input type="checkbox"/> Experimentar un aumento repentino en la altura | <input type="checkbox"/> Apretar o rechinar dientes<br><input type="checkbox"/> Crónica dolores o sangradas de las encías<br><input type="checkbox"/> PeriodonticsGum tratamiento o cirugía (fecha)<br><input type="checkbox"/> Reacción a medicamentos dentales (tipo)<br><input type="checkbox"/> Dificultad para masticar o deglutar alimentos<br><input type="checkbox"/> Frecuentes dolores de cabeza (número por semana)<br><input type="checkbox"/> Problemas asociados con el tratamiento dental<br><input type="checkbox"/> Dolor muscular o rigidez en la mandíbula o el cuello<br><input type="checkbox"/> TMJ - dolor, popping, bloqueo en apertura y cierre de mandíbula |
|---|---|

¿Visita a tu dentista regularmente?

Si  No  Fecha de última visita:

¿Previamente consultado a otro ortodontista?

Si  No  Ortodontista nombre/s:

¿Ha tenido alguna complicación después del tratamiento dental?

Si  No  Si "Sí" por favor explique a continuación:

¿Un miembro del pariente cercano o familiar con similar disposición de los dientes o apariencia de garras?

Si  No

Preocupaciones acerca de la apariencia de las mandíbulas:

Si  No  ¿Fumar o usar productos de tabaco?

Si  No

¿Quieren hablar de Invisalign como

Si  No  ¿Te muestras reacio a usar brackets?

Si  No

## CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS

1. Autorizo al por este medio el Dr. Matthew Olmsted o personal designado para tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías, y demás ayudas diagnóstico que se consideren oportunos por el Dr. Olmsted para hacer un diagnóstico cuidadoso.
2. Con tal diagnóstico, autorizo el Dr. Olmsted, asociados y técnicos clínicos para llevar a cabo todo el tratamiento recomendado mutuamente convinieron por mí y emplear dicha asistencia según sea necesario para proporcionar una atención adecuada.
3. Estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios a mi nombre o mis dependientes. Entiendo que el pago es debido en el momento del servicio a menos que otros arreglos se han hecho.
4. Doy el Dr. Matthew Olmsted el derecho absoluto y el permiso para utilizar mis fotografías o diapositivas para fines educativos o promocionales. El suscrito totalmente y para siempre libera cualquier derecho de compensación presente o futuro en relación con el uso de fotografías o diapositivas dichos.

Firma del paciente, parent o tutor

Fecha

Relación con el paciente

