

Nombre del paciente: Primer Nombre			Apellido			Apodo			Género	Edad:
Dirección:			Ciudad:			Estado:			Código postal:	
Motivo de la visita:			¿Quién es tu dentista			¿Cuántos años?			Fecha de Nacimiento del Paciente	
Horas preferidas	Por la mañana	Por la tarde	Noche	En cualquier momento	Lu	Mar	Mier	Juev	Vier	Teléfono de la casa de los padres
¿Cómo se enteró de nosotros?			¿Quien debemos damos las gracias por lo referente a nuestra oficina?						Teléfono celular de los padres	
¿Alguien en la familia ha sido tratado por un ortodoncista diferente?			Sí	No	Si es así, quien?					¿A que escuela asistis??
¿Nadie en su familia ha sido tratada en nuestra oficina?			Sí	No	Si es así, quien??					
Sus intereses, pasatiempos, deportes:										Dirección de correo electrónico de los padres
Estado civil de los padres:		Casado		Soltero::		Separados:		Divorciado:		Viudo:
Nombre de la madre: primer			Por último			Nombre del padre: primera			Por último	
Fecha de nacimiento del	Altura					Fecha de nacimiento del			Altura	
Dirección si es diferente de paciente:						Dirección si es diferente de paciente:				
Ciudad	Estado	Código postal			Ciudad			Estado	Código postal	
de empleo madre:						de empleo padre:				
Domicilio de la madre:						Domicilio del padre:				
Teléfono del trabajo de la madre:						Teléfono del trabajo de padre:				
Título del trabajo de la madre:		¿Duración de empleo?				Título del trabajo del padre:			¿Duración de empleo?	
Nombres de hermanos del paciente:	Edad	Fecha de nacimiento		Nombres de hermanos del paciente			Edad	Fecha de nacimiento		

#### PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA

¿Quién es responsable de esta cuenta?	Madre	Padre	Alguien más-- Si "Alguien más" se encargará de esta cuenta que no sea madre o padre, por favor llene siguiente formulario:	
Nombre:				
Teléfono celular:	Teléfono de casa:	Teléfono del trabajo:	Correo electrónico:	
Dirección:		Ciudad	Estado:	Código postal:

#### NUEVA INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE SEGURO

¿Tiene cobertura de seguro que incluye el tratamiento ortodóncico para los miembros de su familia?	Sí	No	Si "sí" por favor, rellene el siguiente formulario:
Policy#1			Policy #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 #:		
Asegurado 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 <input type="checkbox"/> Alergias (lista abajo) <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre <input type="checkbox"/> Problemas de articulación artritis <input type="checkbox"/> Cáncer (tipo) <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Mareo <input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Problemas endocrinos <input type="checkbox"/> Sangrado prolongado <input type="checkbox"/> Desmayo <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Fiebre del heno <input type="checkbox"/> Traumatismos de la cabeza <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado <input type="checkbox"/> Problemas emocionales <input type="checkbox"/> Trastornos nerviosos <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios <input type="checkbox"/> Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Reumatismo	<input type="checkbox"/> Problemas de los senos <input type="checkbox"/> Problemas de estómago <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/> Amigdalas eliminadas <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Tumores <input type="checkbox"/> Úlceras <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea <input type="checkbox"/> Alergia al níquel <input type="checkbox"/> Alergia al látex
--	--	---	---

Lista de alergias:

Medicamentos actuales:

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

Si

No

En caso afirmativo explique:

¿Usted actualmente está en tratamiento por alguna condición médica?

Si

No

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

Si

No

Ortodoncista 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 de 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 suscripto 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