



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: <i>Primer Nombre</i>		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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Por la mañana		Por la tarde		Noche		En cualquier momento	
		Lu		Mar		Mier		Juev	
		Vier							
¿Cómo se enteró de nosotros?				¿Quien debemos damos 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
Sus intereses, pasatiempos, deportes:							Dirección de correo electrónico de los padres		
Estado civil:		Casado: <input type="checkbox"/>	Soltero: <input type="checkbox"/>	Separados: <input type="checkbox"/>		Divorciado: <input type="checkbox"/>	Viudo: <input type="checkbox"/>		
Si esta casado, el nombre de su:					Fecha de nacimiento del cónyuge		Teléfono del trabajo del cónyuge		Celular del cónyuge:
Si la dirección de su conyuge 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 conyuge 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?		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	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

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

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

Lista de alergias: _____

Medicamentos actuales: _____

¿Han sido admitidos a un hospital o ha necesitado atención de emergencia durante los últimos dos años? Sí No En si es verdad explique: _____

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

¿Visita a tu dentista regularmente? Sí No Fecha de última visita: _____

¿Previamente consultado a otro ortodoncista? Sí No Ortodoncista nombre/s: _____

¿Ha tenido alguna complicación después del tratamiento dental? Sí 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? Sí No

Preocupaciones acerca de la apariencia de las mandíbulas: Sí No ¿Fumar o usar productos de tabaco? Sí No

¿Quieren hablar de Invisalign como Sí No ¿Te muestras reacio a usar brackets? Sí No

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS

- Autorizo al por este medio el Dr. Matthew Olmsted o personal designado para tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías, y demás ayudas dediagnóstico que se consideren oportunos por el Dr. Olmsted para hacer un diagnóstico cuidadoso.
- 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.
- 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.
- 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, padre o tutor _____

Fecha _____

Relación con el paciente _____

