

Nombre del paciente: Primer Nombre		Apellido			Apode		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?				Telefono celular de los paders			
¿Alguien en la familia ha side tratado por un ortodoncista diferente?				Sí	No	Si es asi, quien?			¿A que escuela asistis??		
¿Nadie en su familia ha sido tratada en nuestra oficina?				Sí	No	Si es asi, 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:	
<i>Policy#1</i>			<i>Policy #2</i>		
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"/> 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 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"/> 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? 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

- 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.
- 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 _____