

# Forma de paciente (HIJO/A)

En esfuerzo por brindar el mejor servicio posible, le pedimos que complete este formulario lo mas complete possible! Gracias por su cooperación!

## Información del paciente

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido Nombre primario Segundo Apodo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Número y calle Ciudad Estado Código postal

Género  M  F  OTRO Email \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
MM/DD/AA

Numero de Celular \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Deportes / Instrumentos musicales: \_\_\_\_\_

Hermanos/hermanas \_\_\_\_\_  
Nombres y fechas de nacimiento

Dentista \_\_\_\_\_ Última visita \_\_\_\_\_

¿Como se entero de nuestra oficina?  Anuncio  Familia/ Amigo(a)  Internet  Dentista  Otro

Familiares atendidos por nuestra oficina: \_\_\_\_\_ A quien podemos agradecer por su referencia \_\_\_\_\_

## Informacion del padre/madre o guardian

Madre  Padre  Madrastra  Padrastro  Guardian

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido Nombre primario Segundo Género  M  F  OTRO

Dirección \_\_\_\_\_  
(Si es diferente al del paciente) Número y calle Ciudad Estado Código postal

Estado civil \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
MM/DD/AA

Casa # \_\_\_\_\_ Trabajo # \_\_\_\_\_ Célula # \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

## Informacion del padre/madre o guardian

Madre  Padre  Madrastra  Padrastro  Guardian

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido Nombre primario Segundo Género  M  F  OTRO

Dirección \_\_\_\_\_  
(Si es diferente al del paciente) Número y calle Ciudad Estado Código postal

Estado civil \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
MM/DD/AA

Casa # \_\_\_\_\_ Trabajo # \_\_\_\_\_ Célula # \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

## Información del contacto de emergencia

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre primario Segundo

Numero de Celular \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

## Información de seguro dental

Nombre del dueño de póliza \_\_\_\_\_

Numero de teléfono del dueño de póliza \_\_\_\_\_ Dirección de domicilio del dueño de póliza \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del dueño de póliza \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

Empleador del dueño de póliza \_\_\_\_\_

Nombre de seguro \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_

Numero de teléfono de seguro \_\_\_\_\_

## Información de seguro dental secundario

Nombre del dueño de póliza \_\_\_\_\_

Numero de teléfono del dueño de póliza \_\_\_\_\_ Dirección de domicilio del dueño de póliza \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del dueño de póliza \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

Empleador del dueño de póliza \_\_\_\_\_

Nombre de seguro \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_

Numero de teléfono de seguro \_\_\_\_\_

## Historia Medica y Dental

¿Esta el paciente bajo el cuidado de un medico?  SI  NO Sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

Médico (a) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Última visita \_\_\_\_\_

¿Cuáles son las principales preocupaciones que le gustaría que lograr con ortodoncia?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿A sido su hijo/a a evaluado para tratamiento ortodontico?  SI  NO Sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Ha comenzado la pubertad de la menstruación?  SI  NO

¿Esta la paciente embarazada?  SI  NO ¿Esta su hijo/a amamantando?  SI  NO ¿Esta tomando la paciente anticonceptivos?  SI  NO

¿Le han removido las anginas y/o adenoides al paciente?  SI  NO ¿A experimentado el paciente dolor o incomodidad de la mandibula?  SI  NO

## Historia Medica y Dental ADICIONAL

¿Tiene el paciente problemas de habla?  SI  NO

Sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Le sangran las encías a el paciente?  SI  NO

¿Es feliz su hijo/hija con su sonrisa?  SI  NO

Su hijo/a a sido herido en:  Los Dientes  La Boca  La Barbilla

Sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene el paciente dientes permanentes extras o ausentes?  SI  NO

¿A su hijo/a tomado drogas referidas como FenPhen, Redux, o Pondimin?  SI  NO

¿Su hijo/a fuma o cigarro electronicos?  SI  NO

¿Su hijo tiene alguno de los siguientes hábitos?

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mordiendo/chuparse los labios | <input type="checkbox"/> Uso prolongado de botella o chupon | <input type="checkbox"/> Respirador bucal | <input type="checkbox"/> Chuparse el dedo/dedos      |
| <input type="checkbox"/> Morder las unas               | <input type="checkbox"/> Apretar/rechinar los dientes       | <input type="checkbox"/> Empuje de lengua | <input type="checkbox"/> Problema de masticar /comer |

¿Es el paciente alergico a uno de los siguientes?

- |   |   |                                |                               |
|---|---|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Metal/plástico | <input type="checkbox"/> Anestésicos dentales | <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Otro |
|---|---|--------------------------------|-------------------------------|

Escriba todas las drogas que este tomando el paciente en este momento: Esto incluiría recetas, dieta o medicamentos de venta libre. Por favor incluya la dosis.

Describa cualquiera condición medica grave: Esto incluiría alergias, enfermedades graves, operaciones, hospitalizaciones o cirugías.

¿Ha tenido su hijo alguna de las siguientes situaciones?

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD                                     | <input type="checkbox"/> TOS PERSISTENTE                            | <input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN                           | <input type="checkbox"/> DIFICULTAD PARA RESPIRAR          |
| <input type="checkbox"/> SANGRANDO ABNORMAL                           | <input type="checkbox"/> TOSER SANGRE                               | <input type="checkbox"/> HIV+/AIDS                              | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES |
| <input type="checkbox"/> ANEMIA                                       | <input type="checkbox"/> DIABETES                                   | <input type="checkbox"/> DOLOR DE MANDIBULAR                    | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE LOS SENOS NASALS     |
| <input type="checkbox"/> HUESOS/ ARTICULACIONES/VÁLVULAS ARTIFICIALES | <input type="checkbox"/> RESPIRACIÓN DIFICULTOSA                    | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE RIÑÓN                     | <input type="checkbox"/> ERUPCIÓN CUTANEA                  |
| <input type="checkbox"/> ASMA/ ARTRITIS                               | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA/CONVULSIONES/DESMAYOS            | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DEL HIGADO                  | <input type="checkbox"/> HINCHAZÓN DER PIES OR TOBILLOS    |
| <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE ESPALDA                         | <input type="checkbox"/> AMPOLLAS DE FIEBRE/ HERPES                 | <input type="checkbox"/> PROLAPSO DE LA VÁLVULA MITRAL          | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS TIROIDEOS               |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE SANGRE                         | <input type="checkbox"/> GLAUCOMA                                   | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS                | <input type="checkbox"/> HABITO DE FUMAR                   |
| <input type="checkbox"/> TRANSFUSION DE SANGRE                        | <input type="checkbox"/> ATAQUE CARDIAC / ACCIDENTE CEREBROVASCULAR | <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO DE RADIACIÓN               | <input type="checkbox"/> AMIGDALITIS                       |
| <input type="checkbox"/> CANCER/QUIMIOTERAPIA                         | <input type="checkbox"/> SOPLO CARDIACO                             | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RESPIRATORIA                | <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS (TB)                 |
| <input type="checkbox"/> DEPENDENCIA QUÍMICA                          | <input type="checkbox"/> CIRUGIA DE CORAZON/MARCAPASOS              | <input type="checkbox"/> FIEBRE REUMÁTICA/ ESCARLATINA          | <input type="checkbox"/> ULCERAS / COLITIS                 |
| <input type="checkbox"/> PROBLEMAS CIRCULATORIOS                      | <input type="checkbox"/> HEMOFILIA                                  | <input type="checkbox"/> REUMATISMO                             | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD VENÉREA                |
| <input type="checkbox"/> Defecto cardiac congénito                    | <input type="checkbox"/> HEPATITIS                                  | <input type="checkbox"/> DOLORES DE CABEZA SEVEROS / FRECUENTES |  |
| <input type="checkbox"/> Tratamientos con cortisona                   |   |   |  |

## Firma

Yo comrendo que la informacion que he sometido hoy es correcta a lo major de mi conocimiento. Tambien entiendo que esta informacion se mantendra bajo la mas estricta confidencia y es mi responsabilidad informar a la oficina de cual quier cambio en el estado medico de mi hijo/a.

Yo autorizo la liberacion de cualquier informacion relacionada con el tratamiento medico de mi hijo/a necesario para procesar cualquier reclamo de seguro. Ademas autorizo la solicitud de beneficios en mi nombre para los servicios cubiertos y el pago de cualquier beneficio a la oficina. Entiendo que soy responsable de cualquier balance que no sea cubierto por el seguro.

Yo comprendo que cuando sea apropiado, se pueden obtener informes de la agencia de credito.

Presentado por \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_