

# Forma de paciente (ADULTO/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 \_\_\_\_\_ Género  M  F  OTRO  
Apellido Nombre primario Segundo

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

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

Estado civil \_\_\_\_\_

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

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

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

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

¿A quien podemos agradecer por su referencia? \_\_\_\_\_

Enumere cualquier otro miembro de la familia visto en nuestra oficina: \_\_\_\_\_

## Información de Contacto en caso de Emergencia

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

Email \_\_\_\_\_

Primario # \_\_\_\_\_

## Información de seguro dental

Nombre del dueño de póliza \_\_\_\_\_

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

Fecha de nacimiento del dueño de póliza \_\_\_\_\_

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

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

Relación al paciente \_\_\_\_\_

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

¿Estás bajo el cuidado de un médico?  SI  NO Sí, por favor explique. \_\_\_\_\_

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

¿Está embarazada?  SI  NO Si, cuantas semanas? \_\_\_\_\_

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

¿Alguna vez a sido evaluado (a) para tratamiento con ortodoncia?  SI  NO Sí, por favor explique. \_\_\_\_\_

¿Le han extirpado las amígdalas o adenoides?  SI  NO ¿Alguna vez ha experimentado dolor o molestias en las articulaciones de la mandíbula (TMJ / TMD)?  SI  NO

¿Tiene dientes permanentes extra o faltantes?  SI  NO

Have you ever had injury to  TEETH  MOUTH  CHIN If yes, explain: \_\_\_\_\_

¿Tiene problemas para hablar?  YES  NO If yes, explain: \_\_\_\_\_

¿Te sangran las encías?  SI  NO ¿Fumas o usas cigarrillos electrónicos?  SI  NO ¿Le gusta su sonrisa?  SI  NO

¿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 alérgico (a) a alguno de los siguiente?

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

## Historia Medica y Dental ADICIONAL

Liste todos los medicamentos que está tomando actualmente: Esto incluiría recetas, dieta o medicamentos de venta libre. Por favor incluya la dosis.

¿Ha tomado alguna vez algún medicamento para fortalecer sus huesos, como un bisfosfonato?  SI  NO

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

¿Tiene alguno de los siguientes?

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <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   | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA/CONVULSIONES/DESMAYOS            | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DEL HIGADO                  | <input type="checkbox"/> HINCHAZÓN DER PIES OR TOBILLOS    |
| <input type="checkbox"/> ARTRITIS                                     | <input type="checkbox"/> AMPOLLAS DE FIEBRE/ HERPES                 | <input type="checkbox"/> PROLAPSO DE LA VÁLVULA MITRAL          | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS TIROIDEOS               |
| <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE ESPALDA                         | <input type="checkbox"/> GLAUCOMA                                   | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS                | <input type="checkbox"/> HABITO DE FUMAR                   |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE SANGRE                         | <input type="checkbox"/> ATAQUE CARDIAC / ACCIDENTE CEREBROVASCULAR | <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO DE RADIACIÓN               | <input type="checkbox"/> AMIGDALITIS                       |
| <input type="checkbox"/> TRANSFUSION DE SANGRE                        | <input type="checkbox"/> SOPLO CARDIACO                             | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RESPIRATORIA                | <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS (TB)                 |
| <input type="checkbox"/> CANCER/QUIMIOTERAPIA                         | <input type="checkbox"/> CIRUGIA DE CORAZON/MARCAPASOS              | <input type="checkbox"/> FIEBRE REUMÁTICA/ ESCARLATINA          | <input type="checkbox"/> ULCERAS / COLITIS                 |
| <input type="checkbox"/> DEPENDENCIA QUÍMICA                          | <input type="checkbox"/> HEMOFILIA                                  | <input type="checkbox"/> REUMATISMO                             | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD VENÉREA                |
| <input type="checkbox"/> PROBLEMAS CIRCULATORIOS                      | <input type="checkbox"/> HEPATITIS                                  | <input type="checkbox"/> DOLORES DE CABEZA SEVEROS / FRECUENTES |  |
| <input type="checkbox"/> DEFECTO CARDIAC CONGÉNITO                    |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> TRATAMIENTOS CON CORTISONA                   |   |   |  |

## FIRMA

Entiendo que la información que he dado hoy es correcta a mi leal saber y entender. También entiendo que esta información se mantendrá en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a la oficina de cualquier cambio en mi estado médico.

Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con mi tratamiento médico necesaria para procesar cualquier reclamo de seguro. Además, 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 monto que no cubra el seguro.

Entiendo que cuando sea apropiado, se pueden obtener informes de la agencia de crédito.

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

## Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico

A través de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996, el Departamento de Salud y Servicios Humanos estableció estándares nacionales para, entre otras cosas, la privacidad de la información médica protegida. De conformidad con estas regulaciones federales, Wilson & Hendrickson Orthodontics no puede hablar sobre su atención médica con nadie sin su permiso expreso por escrito, excepto en el caso de una emergencia o según lo exija la ley. Esto no aplica a la divulgación de información para realizar tratamientos, pagos o operaciones de atención médica.

Enumere a continuación el nombre y apellido y la relación con el paciente de las personas con quienes le da permiso a Wilson & Hendrickson Orthodontics para discutir su caso (es decir, resurtidos de medicamentos, resultados de pruebas, programación de citas, información de facturación, historial médico, etc.)

Si decide no nombrar a nadie, marque 'Sí'  Sí

Nombre

APELLIDO

PRIMER

RELACIÓN CON LA PACIENTE

Nombre

APELLIDO

PRIMER

RELACIÓN CON LA PACIENTE