

CONFIDENCIAL

Describa su persona:					
Fecha: _____					
Nombre del paciente: _____		Nombre		Nacimiento: _____	
Apellido		Initial		Nombre preferido	
Dirreccion: _____		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			
Ciudad: _____		Estado _____		Codigo Postal: _____	
Telefono: (____) _____		Tel. Celular : (____) _____			
Correo Electronico: _____		SSN: _____			
A quien agradecemos por su referencia? _____					
Persona de contacto, en caso de emergencia? _____		Telefono: (____) _____			

Informacion de Esposo (a)					
Nombre: _____		Titulo: <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Otro _____			
Direccion (si es diferente): _____					
Telefono (____) _____		Tel. Cel (____) _____		Tel. Trabajo (____) _____	
Correo Electronico: _____		Occupacion: _____			

Informacion sobre su Empleador					
Nombre de Compañia: _____		Direccion: _____		Telefono: (____) _____	
Cuanto tiempo esta trabajando con esta compañia? _____		Occupacion: _____			

Partido Responsable: <input type="checkbox"/> Marque si no es usted					
Nombre: _____					
Direccion: _____		Ciudad: _____		Estado: _____	
		Codigo Postal: _____			
Tel. de Trabajo: _____		Tel. de Celular: _____			

Seguro:					
Seguro Primario					
Nombre Completo de Titular de Poliza _____		Nacimiento: _____			
SSN: _____		Relacion con Paciente _____			
Direccion y Numero (si es diferente) _____					
Empleador: _____		Direccion: _____			
Compañia de Seguro: _____		# de Grupo : _____		ID#: _____	
Esta poliza tiene beneficios? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro					

Seguro Secundario					
Nombre Completo de Titular de Poliza _____		Nacimiento: _____			
SSN: _____		Relacion con Paciente _____			
Direccion y Numero (si es diferente) _____					
Empleador: _____		Direccion: _____			
Compañia de Seguro: _____		# de Grupo : _____		ID#: _____	
Esta poliza tiene beneficios? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro					

Historia Dental	
Porque vino hoy al Ortodoncista?	_____
Ha tenido algun problema serio en relacion al trabajo dental?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Toma agua con floruro?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Toma supplentos de floruro?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ha tenido dolor o sensibilidad en la mandibula?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Usa hilo dental diaro?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Historia Medica					
Si	No	Si	No		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Murm Corazon	Deficencia al Corazon
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer	Convulsiones/Epilepsia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibre Reuma.	Sangrado Abnormal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA/HIV	Oido Dañado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	Alguna Operacion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	Estuvo en el Hospital
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	Prob. De Higado.Riñon
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	Incapacidades
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prosthesis	Allergia a Medicinas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergia a Niquel	Fiebre Escarlatina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	Allergia a Latex

Esta en el cuidado de un doctor?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre del Doctor:	_____
Describe su Salud:	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Justa <input type="checkbox"/> Pobre
Liste todas las medicinas que esta tomando:	_____
Liste todas las medicinas que tiene alergia:	_____

Solo mujeres:	
Esta tomando pastillas anticonceptivas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Esta embarazada?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Usted esta lactando?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Yo entiendo que la informacion que he dado es correcta y que se mantendra en la mas estricta confidencialidad, que es mi responsabilidad informar a la oficina de cualquier cambio en mi estado medico. Yo tambien autorizo al Dentista que realice el servicio dental que necesite.
Firma: _____ Fecha: _____

Office Use Only --- Office Use Only --- Office Use Only --- Office Use Only
I verbally review the medical / dental information above with the parent/ guardian & patient named herein.
Initials: _____ Date: _____
Doctor's comments: _____