

**IFORMACION DEL PACIENTE PARA PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD**

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Medio NombreResidencia \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Código Postal

Apodo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Deportes/Pasatiempos \_\_\_\_\_

Nombre del padre o guardián \_\_\_\_\_

¿A quien podemos agradecer por referirlo al consultorio? \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE POR EL PACIENTE**Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Medio NombreResidencia \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Código PostalDirección de Correo \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Código Postal

¿Cuánto tiempo a estado en esta dirección? \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono Celular/otro teléfono \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Dirección Previa (Si es menos de 3 años) \_\_\_\_\_

# de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ No. de años empleado \_\_\_\_\_

Nombre de Esposo(a) \_\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ No. de años empleado \_\_\_\_\_

# de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

**IINFORMACION DE SEGURO DENTAL**

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ Numero de Grupo \_\_\_\_\_ Numero Local \_\_\_\_\_

Dirección de la Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

¿Tiene cobertura dual? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si es que contesto sí:

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ Numero de Grupo \_\_\_\_\_ Numero Local \_\_\_\_\_

Dirección de la Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre del paciente más cercano \_\_\_\_\_

Residencia \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Código Postal

Teléfono \_\_\_\_\_

Yo entiendo que si es necesario se van a obtener reportes del buró de crédito.

Firma del padre/guardián legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## HISTORIA MEDICA

Médico \_\_\_\_\_ Fecha de ultima visita \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Favor de circular Sí o No (Si contesta sí favor de llenar los detalles)

Sí No ¿Esta tomando el paciente algún medicamento? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿Tiene el paciente alguna alergia a cualquier medicamento? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿Tiene el paciente historia de alguna enfermedad grave? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿Ha tenido el paciente alguna operación? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿Ha sido parte de algún accidente grave? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿Ha ido el paciente con un medio en los últimos 12 meses? ¿Por qué?  
Solo para pacientes mujeres:  
Sí No ¿A empezado a menstruar? \_\_\_\_\_ Fecha que empezó: \_\_\_\_\_  
Sí No ¿Esta la paciente embarazada? \_\_\_\_\_

Circular cualquiera de la siguientes condiciones medicas que a tenido el paciente o que actualmente tiene.

Sangrar anormalmente/Hemofilia	Diabetes	Hepatitis/Problemas del Hígado	Neumonía
Anemia	Mareo	Herpes	Sangrar Prologadamente
Artritis	Epilepsia	Hipertensión	Radiación/Quimioterapia
Asma o Fiebre del Heno	Enfermedad Gastrointestinal	VIH/ Sida	Fiebre Reumática
Enfermedad de los Huesos	Problemas Cardiacos	Problemas del Riñón	Tuberculosis
Defecto del Corazón Congénito	Soplo Cardiaco	Trastornos Nerviosos	Tumor o Cáncer

¿Hay algunas otras condiciones medicas que no hemos discutido que usted siente debemos saber? \_\_\_\_\_

## HISTORIA DENTAL

Dentista General: \_\_\_\_\_ Fecha de la ultima visita: \_\_\_\_\_  
¿Qué es lo que le preocupa más de sus dientes? \_\_\_\_\_

Sí No ¿Tiene el paciente algún dolor dental? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿A tenido el paciente alguna reacción negativa a un tratamiento odontólogo? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿A perdido o astillado el paciente algún diente? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿Se a herido su cara, boca o dientes? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿Hay alguna parte de su boca que tenga sensibilidad a la temperatura? ¿Dónde? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿Hay alguna parte de su boca que tenga sensibilidad al presionarla? ¿Dónde? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿Le sangran las encías al tallar los dientes? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿Tiene algún tipo de habito con el dedo pulgar o con la lengua? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿Respira el paciente por la boca? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿Ha visto el paciente a un ortodoncista? ¿Dónde? ¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿Cuál es la actitud del paciente hacia recibir tratamiento ortodoncista? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿Algún miembro de la familia a recibido tratamiento ortodoncista? ? \_\_\_\_\_  
¿Cómo se sintieron de los resultados? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿Siente el paciente incomodidad en los dientes o en la mandíbula por las mañanas? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿Hace su mandíbula sonidos ligeros y repentinos? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿Rechina o presiona los dientes el paciente durante el día? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿Sufre de dolores de cabeza o "tensión"? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿Ha sufrido el paciente de zumbidos crónicos en los oídos? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿Necesita el paciente más ayuda con las instrucciones? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿Tiene el paciente timidez o es sensible hacia sus dientes? \_\_\_\_\_  
Sí No Estatura de los padres: Mamá \_\_\_\_\_ Papá \_\_\_\_\_  
Sí No ¿Esta conciente que algunas citas van a ser durante la hora de la escuela? \_\_\_\_\_

## BENEFICIOS

Beneficios de Ortodoncistas: Estéticas, Salud y Función. La ortodoncia es un servicio que provee un mejoramiento en la apariencia de los dientes, en la función general de los dientes y en la salud general dental. Los dientes, encías, y mandíbulas son partes del cuerpo complicadas y pueden no responder al tratamiento. Si no practica buena higiene, los dientes se pueden deteriorar y las encías pueden engrandecer. Incomodidad en las coyunturas y deterioramiento de la raíz han sido observados en un bajo porcentaje de casos. Los dientes cambian en el transcurso de nuestras vidas y puede haber algún movimiento en los dientes y algún cambio después del tratamiento. Yo e leído y comprendido este párrafo. Yo también comprendo que el registro diagnostico de mi hijo/hija y primer nombre pueden ser utilizado para uso educacional y con el propósito de promover incluyendo Facebook y nuestro sitio de red. Yo e contestado honestamente y correctamente todas las preguntas de arriba y estoy de acuerdo de informar a esta oficina de cualquier cambio medico o dental. También, yo autorizo a la Dra. Moody que haga una evaluación ortodoncia completa de mi hijo/hija.