

ADULT



Fecha De Hoy _____

Nombre: _____ **Fecha Nacimiento** _____ **Alias** _____

Título: Sr. Sra. Srt. Dr. **Genero:** Hombre Mujer

Dirección de casa (Correo) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Numero de teléfono de casa: _____ Numero celular: _____

Recuerdo par a las citas: Numero para mensaje texto: _____ Correo electrónico _____

A quien podemos agradecer por referirle? _____

EMPLEADO _____ OCUPACION _____ Numero de teléfono de trabajo _____

Dirección de negocio _____

Número de Seguro Social: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre de pariente o cónyuge: _____ Relación al paciente _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

De teléfono de casa _____ # Celular _____ Numero de teléfono de trabajo _____

Información De Seguro Dental

**Seguro solo puede ser verificado con el número de seguro social y fecha de nacimiento.*

Seguro Primario

Nombre del asegurado _____ Relación al paciente _____

Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social _____ Fecha de empleo _____

Nombre de empleador _____ Numero de teléfono de empleo _____

Dirección de empleo _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Compañía de seguro _____ Número de grupo _____ Numero de unión/local _____

Dirección de compañía de seguro _____ Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____

Seguro Secundario

Nombre del asegurado _____ Relación al paciente _____

Fecha de nacimiento _____ Numero de seguro social _____ Fecha de empleo _____

Nombre de empleador _____ Número de teléfono de trabajo _____

Dirección de empleador _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Compañía de seguro _____ Número de grupo _____ Número de unión/Local _____

Dirección de compañía de seguro _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombre de Paciente _____

Dentista _____ Número de teléfono _____ Dirección _____

Medico _____ Número de teléfono _____ Dirección _____

Historia Medica De Paciente

1. Está en tratamiento médico ahora?	SI	NO	7. Es usted alérgico o ha tenido alguna reacción a medicamentos, látex o metales? Si _____ No _____ (Ej: aspirina, penicilina, sulfamida, etc.) Cual? _____
2. Usted ha sido hospitalizado , operación quirúrgica o enfermedad grave?	_____	_____	
3. Está tomando medicamentos Cual medicamento está tomando?	_____	_____	
4. Usa tabaco?	_____	_____	
5. Uso de alcohol?	_____	_____	
6. Usa lentes de contacto?	_____	_____	

8. Está embarazada? _____ Si _____ No

*Por favor indique cualquier información significativa sobre el paciente:

Hábitos:

SI NO

- () () Apretar o rechinar los dientes.
- () () Morder/chupar los labios.
- () () Respira por la boca.
- () () Morder las uñas.
- () () Chupar los dedos.
- () () Tomar en biberón.

HISTORIA DENTAL DE PACIENTE

1. Sangra la encía cuando cepilla o con hilo dental?	SI	NO	8. Tiene dolor de cabeza frecuentes?	SI	NO
2. Sus dientes son sensible cuando bebe líquidos fríos o calientes??	_____	_____	9. Aprieta o rechaza los dientes?	_____	_____
3. Sus dientes son sensible a líquidos dulces o amargos?	_____	_____	10. Muerde los labios o mejilla?	_____	_____
4. Tiene dolor en los dientes?	_____	_____	11. Se han quitado los dientes de juicio	_____	_____
5. Tiene llagas o úlceras en o cerca de la boca?	_____	_____	12. Ha tenido tratamiento de ortodoncia? _____ Si, es así, cuando _____ Nombre de Doctor _____	_____	_____
6. A tenido alguna lesión en la cabeza, el cuello o la mandíbula?	_____	_____	13. Ha tenido tratamiento para Enfermedad periodontal)? _____	_____	_____
7. A experimentado los siguientes en la mandibula? a) Chasquido en la mandíbula? _____ b) Dolor (articulación, oreja, lado de la cara)? _____ c) Dificultad cuando abre o cierra la boca? _____ d) Dificultad al masticar? _____	_____	_____	14. Se ha bloqueado y cerrado la mandíbula? _____ Si es así, describa _____	_____	_____
			15. Se ha bloqueado la mandíbula con la boca abierta? Describa: _____		

CRECIMIENTO Y DESAROLLO

SI	NO	
_____	_____	Hay alguna incapacidad de aprendizaje? Si es así, explique _____
_____	_____	Algún miembro de familia tuvo tratamiento de ortodoncia? _____
_____	_____	Algún miembro de familia fue paciente aquí? Nombre: _____

Por favor describa porque desea esta consulta? _____

El abajo firmante certifico, que he leído y entiendo la información médica y dental, la revise y resulta preciso. Si hay cualquier cambio posterior a la historia clínica del paciente, reconozco que es mi responsabilidad de informar a la oficina. Yo doy permiso para un examen clínico.

*****Durante su cita con el orthodoncista le tomaran Fotos y (2) Rayos-X. Por favor de confirmar con su dentista general si le han tomado un panoramica o un Rayo-X cefalometrico en el ultimo ano. Si es el caso por favor de llevarlo a su consulta o que lo envíen al siguiente correo electronico: info @pachterortho.com**

X _____
(Firma de adulto responsable)

_____ Fecha de hoy

Notas del Doctor:

