

Child



Fecha De Hoy: _____

NOMBRE DE PACIENTE _____ **NOMBRE PREFERIDO** _____

Genero: Hombre Mujer FECHA DE NACIMIENTO _____ ESCUELA _____ GRADO _____

DIRECCION de Casa _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

Recuerdo Para Las Citas: # Mensaje Texto _____ Correo Electronico _____

A quien podemos agradecer por referirle? _____

PERSONA RESPONSABLE

NOMBRE DE MADRE _____

NOMBRE DE PADRE _____

Madre Madastra Guardian

Padre Pastro Guardian

Fecha de Nacimiento _____ # SS _____

Fecha de Nacimiento _____ # SS _____

Direccion _____

Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Numero De Tel /Casa _____

Numero de Tel/Casa _____

Celular _____

Celular _____

EMPLEADO _____

EMPLEADO _____

OCUPACION _____

OCUPACION _____

Numero de Tel de Trabajo _____

Numero de Tel de Trabajo _____

Correo Electronico _____

Correo Electronico _____

Casado Divorciado Si estan divorciados, podemos comunicarnos con los dos padres? _____

Quien sera financieramente responsable?: _____

Informacion De Seguro Dental

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

Seguro Primario

Nombre del asegurado _____ Relacion al paciente _____

Fecha de nacimiento _____ Numero de Seguro Social _____ Fecha de empleo _____

Nombre del empleador _____ Telefono de Trabajo _____

Direccion de trabajo _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Compania de Seguro _____ # Grupo _____ # de Union/ Local _____

Direccion de Seguro _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Seguro Secundario

Nombre del asegurado _____ Relacion al paciente _____

Fecha de nacimiento _____ Numero de Seguro Social _____ Fecha de empleo _____

Nombre del empleador _____ Telefono de Trabajo _____

Direccion de trabajo _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Compania de Seguro _____ # Grupo _____ # de Union/ Local _____

Direccion de Seguro _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Nombre De Paciente _____

Nombre Dentista _____ Telefono _____ Direccion _____

Doctor _____ Telefono _____ Direccion _____

Historia Medica de Paciente

- | | SI | NO |
|--|-----|-----|
| 1. Está en tratamiento médico ahora? | ___ | ___ |
| 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? | ___ | ___ |

7. Es usted alérgico o ha tenido alguna reacción a medicamentos, látex o metales? Si _____ No _____

(Ej: aspirina, penicilina, sulfamida, etc.) Cual? _____

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

- | | SI | NO |
|--|-----|-----|
| 1. Sangra la encía cuando cepilla o con hilo dental? | ___ | ___ |
| 2. Sus dientes son sensible cuando bebe líquidos fríos o calientes?? | ___ | ___ |
| 3. Sus dientes son sensible a líquidos dulces o amargos? | ___ | ___ |
| 4. Tiene dolor en los dientes? | ___ | ___ |
| 5. Tiene llagas o úlceras en o cerca de la boca? | ___ | ___ |
| 6. A tenido alguna lesión en la cabeza, el cuello o la mandíbula? | ___ | ___ |
| 7. A experimentado los siguientes en la Mandibula? | | |
| a) Chasquido en la mandíbula? | ___ | ___ |
| b) Dolor (articulación, oreja o lado de la cara)? | ___ | ___ |
| c) Dificultad cuando abre o cierra la boca? | ___ | ___ |
| d) Dificultad al masticar? | ___ | ___ |

8. Tiene dolor de cabeza frecuentes? ___ SI ___ NO

9. Aprieta o rechaza los dientes? ___

10. Muerde los labios o mejilla? ___

11. Se han quitado los dientes de juicio

12. Ha tenido tratamiento de ortodoncia? ___

Si, es así, cuando _____

Nombre de Doctor _____

13. Ha tenido tratamiento para

Enfermedad periodontal)? _____

14. Se ha bloqueado y cerrado la mandíbula? _____

Si es así, describa _____

15. Se ha bloqueado la mandíbula con la boca abierta?

Describe: _____

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:

