

Informacion del Paciente

Mr. Mrs. Ms. Miss Dr. Rev. Other: _____

Nombre del Paciente: _____
Primer nombre Segundo nombre/initial Apellido (Sobre nombre)

Fecha de nacimiento: _____

Telefono hogar: _____

Telefono Celular: _____

Direccion: _____

Direccion: _____

Ciudad, Estado,Codigo Postal: _____

Sexo M F NSS: _____ Raza: _____

Dentista: _____

Medico: _____

¿Quien te refirio a nuestra oficina? _____

¿Existe algun alerta medico? _____

Informacion Persona Encargada

No-mbre Persona Encargada: _____
Primer nombre Segundo Apellido (Sobre nombre)

Fecha de nacimiento: _____

Telefono hogar: _____

Telefono trabajo: _____

Direccion: _____

Direccion: _____

Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____

Sexo M F NSS: _____ Parentezco con el paciente:

¿Es el encargado responsable por la cuenta? si no

¿Es esta la persona que trae al paciente a sus citas? si no

Compania de Seguros _____

Numero de Grupo _____ Telefono: _____

Direccion: _____

Patrono: _____

Direccion: _____

COMO SE ENTERO DE NUESTRA OFICINA:

Dentista: __ Nombre: _____ Familiar/Amigo: __ Nombre: _____ Anuncio/Internet: _____

Correo Electronico: _____

Referencias Personales (favor de anotar 3 personas que no vivan con usted, con las cuales nos podemos comunicar en caso de emergencia)

Nombre _____ # Teléfono _____ Relación _____

Nombre _____ # Teléfono _____ Relación _____

Nombre _____ # Teléfono _____ Relación _____

Nombre de tu Dentista _____ # Teléfono _____

Fecha de último examen dental/limpieza _____

Cuáles son los resultados que le gustaría lograr con Ortodoncia? _____

Del 1-10 que tan motivado estas en iniciar tratamiento? 1-3 4-7 8-10

Historial Médico

Por favor circule su respuesta:

Tienes un Médico Primario? Si No

Nombre del Médico: _____

Numero: () _____ Fecha ultima visita: _____

Tu salud física actual es: Excelente Moderada Baja

Fumas o utilizas el Tabaco el cualquir forma? Si No

Tienes implantes de metal? Si No

Estas tomando algun medicamento por prescripcion o de venta libre? Si No

Por favor de anotar cada una: _____

Tienes dolor en la quijada? Si No

Truena tu quijada? Si No

Cuando truena? _____

Necesitas Pre-medicacion para visitas dentales? Si No

Tomas difosfonates (para perdida de hueso)? Si No

Eres alergico a lo siguinete: (Circular)

Aspirina Eritromicina Penicilina

Codeína Joyeria/Metales Tetraciclina

Anestéticos Dentales Látex Otro: _____

Por favor de anotar cada una: _____

Mujeres: Tomando pildoras anti-conceptivas? Si No

Estas embarazada? Si No Semana # _____

Estas amamantando? Si No

Haz tenido alguna de la siguiente enfermedad o problema medico: (favor de circular)

S N Sida S N VIH

S N Alcohol / Abuso de drogas S N Hospitalización

S N Anemia S N Enfermedad del hígado

S N Artritis S N Problemas de los riñones

S N Hueso / Válvulas artificiales S N Presión baja

S N Asma S N Lupus

S N Autismo / ADHD S N Hepatitis

S N Transfusión de sangre S N Prolapsia de la válvula mitral

S N Cáncer / Quimioterapia S N Marcapasos

S N Colitis S N Tratamiento psiquiátrico

S N Defecto congénito del corazón S N Tratamientos de radiación

S N Diabetes S N Reumático / Fiebra escarlata

S N Dificultad respiratoria S N Desmayos / Convulsiones

S N Enfisema S N Varicelas Adulta

S N Epilesia S N Enfermedad de Células Falciformes

S N Dolores de cabeza frecuentes S N Derrame Cerebral

S N Glaucoma S N Problemas de la tiroides

S N Fiebre del heno S N Tuberculosis (TB)

S N Ataque cardíaca / Cirugia S N Ulceras

S N Soplo del Corazón S N Enfermedades Venéreas

S N Herpes / Ampollas de fiebre S N Preion alta

S N Sangrado Anormal Other _____

Nuestra oficina reserva el derecho de verificar el crédito de nuestros pacientes antes de extenderle cualquier tratamiento.

Con la discreción de la oficina puede usar uno o más servicios de crédito. Yo entiendo que soy responsable de pagar

cualquier servicio que reciba y también me hago responsable de pagar cualquier deducible que mi aseguranza no cubra.

En caso de que falle con los arreglos de pagos, yo seré responsable de pagar cualquier costo razonable de colecciones.

A fin de mantener el control de calidad y excelente servicio al cliente, Dr. Lili Mirtorabi, D.D.S., M.S. Orthodontics realizara vigilancia mediante video y audio. El monitoreo de video y audio se utilizara para identificar problemas de seguridad, mantener el control de calidad al cliente, detector robos y mala conducta, y desalentar o impedir los actos de hostigamiento y violencia. Dr. Lili Mirtorabi, D.D.S., M.S. Orthodontics respeta los derechos de privacidad legítimas de los pacientes, se hara todo lo possible para garantizar que la vigilancia se realice de una manera ética y respetuosa.

Firma (Padre o tutor si es menor de edad) _____ Fecha _____

***** **For Office Use Below Only** *****

I verbally reviewed the medical information above with the patient named herein. Initials: _____ Date: _____

Doctor's Comments: _____