



Bienvenido a nuestra oficina!

Informacion de Paciente

Nombre _____ Apellido _____ Edad _____

Fecha de nacimiento _____ Femenino ___ Masculino ___

#seguro social. _____ Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____

Celular _____ E-Mail _____

Dentista _____ Ultima Visita _____ Como se entero de nosotros? _____

Si es Menor de 18 años

Nombre/Apellido de Mama _____ Nombre/Apellido de Papa _____

Escuela _____ Año Escolar que cursa _____

Direccion(Si es diferente a la anterior) _____

Empleo de Mama _____ # Seguro Social _____

Empleo de Papa _____ # Seguro Social _____

Nombres y Edades de hermanos(as) _____

HISTORIAL MEDICO Y DENTAL

SI	NO	SI	NO	SI	NO
___	___	___	___	___	___
	Joint swelling		High Blood Pressure		Any missing permanent teeth
___	Bone Disorder	___	Bleeding Problem	___	Any teeth removed by extraction
___	Heart Trouble	___	Tuberculosis	___	Any difficulty in swallowing or chewing
___	Thyroid Problem	Other	_____	___	Any pain or clicking on opening mouth
___	Rheumatic Trouble	Doctor General	_____	___	Allergies _____
___	Diabetes	___	Are You Pregnant	___	A consultado otro Ortodoncista antes?
___	HIV/AIDS	___	Any Injuries to Face, Mouth, Teeth		Que le gustaria lograr con su tratamiento de ortodoncia? _____
___	Anemia	___	Thumb, finger, lip sucking		
___	Kidney/Liver Problem				

Fecha _____ Firma _____

www.orthodonticsofatlanta.com

Porfavor proporcione tarjeta de seguro dental si es que tiene