



ORTHODONTICS
of ATLANTA
Your Smile is our Specialty!

BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA!

1568 Indian Trail Rd. 201. Norcross, GA 30093 || 1670 McKendree Church Rd. 700. Lawrenceville, GA 30043
770. 840.9500 || www.orthodonticsofatlanta.com

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
___ ___ Joint swelling

___ Bone Disorder

___ Heart Trouble

___ Thyroid Problem

___ Rheumatic Trouble

___ Diabetes

___ HIV/AIDS

___ Anemia

SI NO
___ ___ High Blood Pressure

___ Bleeding Problem

___ Tuberculosis

Other _____

Doctor General _____

___ ___ Are You Pregnant

___ Any Injuries to Face, Mouth, Teeth

___ Thumb, finger, lip sucking

___ Kidney/Liver Problem

SI NO
___ - Any missing permanent teeth

Any teeth removed by extraction

___ Any difficulty in swallowing or chewing

___ Any pain or clicking on opening mouth

___ Allergies _____

___ A consultado otro Ortodoncista antes?

Que le gustaria lograr con su tratamiento de ortodoncia? _____

Tieme Seguro Dental? Si ___ No ___

Fecha _____

Firma _____