

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha _____



Nombre del paciente _____
Primer nombre Segundo Apellido Fecha de Nacimiento

Dirección _____
Calle Ciudad Zip

Teléfono de celular _____ Compañia de Cel. _____ # de Seguro Social _____

Si el paciente es un menor, Nombre del padre o tutor _____

A quien agradecemos el haberlo referido con nosotros? _____

Como le gustaría confirmar su cita _____ Email address _____ Texto _____ Otro _____

INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA

Nombre _____
Primer nombre Segundo Apellido

Lugar de residencia _____
Calle Ciudad Zip

Dirección de correo _____
Calle Ciudad Zip

Teléfono de casa _____ Teléfono trabajo _____ Correo electrónico _____

Telefono Celular _____ Compañia de Cel: _____

#Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el paciente _____

Empleador _____ Ocupación _____ Años de empleo _____

Nombre del Cónyuge _____ Relación con el paciente _____

Empleador _____ Ocupación _____ Años de empleo _____

Seguridad Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Telefono del trabajo _____

INFORMACION DE SEGURO DENTAL

Nombre del asegurado _____ # Seguro Social del asegurado _____

Compañía de seguro _____ #Grupo _____ Num. ID. _____

Dirección Compañía de seguro _____ Telefono _____

Ud. Tiene un segundo seguro dental? Si _____ No _____

Nombre del asegurado _____ #Seguro Social del asegurado _____

Compañía de seguro _____ Grupo #. _____ #Local. _____

Dirección de compañía del seguro _____ Telefono _____

HIPAA es una ley federal que establece normas de quienes pueden ver y recibir informacion sobre su salud.

Usted tiene el derecho de recibir una copia impresa sobre la politica de privacidad de nuestra practica cuando la requiera. Al firmar este documento, yo entiendo que, mi informacion medica confidencial puede ser revelada para proposito de tratamiento, finanzas o cuidado de salud; la practica se reserva el derecho de cambiar la politica de privacidad hasta donde la ley lo permita; la practica tiene el derecho de restringir el uso de la informacion sin embargo puede tambien no estar de acuerdo con esas restricciones; el paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones cesaran; la practica puede poner alguna condicion al momento de proveerle tratamiento al usted hacer la ejecucion de este consentimiento

Este consentimiento fue firmado por: _____ (NOMBRE)

Firma del padre o tutor si el paciente es menor de 18 anos.

Firma: _____ Fecha: _____

HISTORIA MEDICA

Nombre del paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre de Médico General _____ Fecha de la última visita _____

Dirección _____ Telefono _____

Por favor marque con un círculo si o no (si responde si, favor llenar detalles)

Si No Esta tomando algun medicamento? _____

Si No Es alergico a algun medicamento, latex o a algun metal que contenga niquel? _____

Si No Ha sufrido de alguna enfermedad crítica? _____

Si No Ha tenido alguna operación? _____

Si No Ha tenido algun accidente de gravedad? _____

Si No Ha visitado su médico en los últimos 12 meses? Para que condición? _____

Marque con un círculo cualquiera de las siguientes condiciones que haya padecido o que padezca actualmente:

Sangramiento anormal/Hemofilia	Diabetes	Hepatitis/Problema del Hígado	Neumonia
Anemia	Mareos	Herpes	Sangramiento prolongado
Artritis	Epilepsia	Presión Arterial Alta	Radiación/Quimioterapia
Asma o Fiebre del Heno	Desordenes Gastrointestinales	HIV / Sida	Fiebre Reumática
Desordenes Óseos	Problemas Cardíacos	Problemas en los riñones	Tuberculosis
Enfermedad Cardíaca Congénita	Soplo Cardíaco	Desordenes Nerviosos	Tumores o Cancer

Tiene alguna condición que no hayamos discutido que usted quiera hacernos saber? _____

HISTORIA DENTAL

Dentista General _____ Fecha de última visita _____

Numero Telefonico de su Dentista _____

Por favor marque con un círculo si o no (si responde si, favor llenar detalles):

Si No Tiene algun dolor bucal? _____

Si No Ha tenido alguna vez una reacción desfavorable a un tratamiento dental? _____

Si No Se le ha partido o desportillado algun diente? _____

Si No Ha sufrido alguna lesion en la cara, boca o dientes? _____

Si No Algun area de su boca es sensible al frío o a lo caliente? En que área? _____

Si No Hay algun área de su boca sensible a la presión? Qué área? _____

Si No Le sangran las encias cuando se cepilla? _____

Si No Tiene algun hábito como chuparse el dedo o empujar los dientes con la lengua? _____

Si No Respira usted con la boca abierta? _____

Si No Ha visto a un ortodoncista antes? De ser así, Nombre del doctor y en que año? _____

Si No Cual es su actitud acerca de recibir tratamiento de ortodoncia? _____

Si No Hay alguien en su familia que haya recibido tratamiento de ortodoncia? _____

Si No Siente alguna incomodidad en sus dientes o quijadas cuando se levanta en las mañanas? _____

Si No Ha notado si su mandibula cruje/truena? _____

Si No Aprieta usted los dientes durante el dia? _____

Si No Usted rechina sus dientes? _____

Si No Sufre de Jaquecas? _____

Si No Ha sentido alguna vez un campaneio crónico en sus oidos? _____

Si No Sabe usted que algunas de sus citas pudieran ser durante horas de trabajo o escuela? _____

Solo para mujeres:

Si No Esta embarazada? _____

Que quiere que se realice con el tratamiento de ortodoncia? _____

BENEFICIOS

Los beneficios del tratamiento de ortodoncia son: Estética, Salud, y Función. La Ortodoncia es un tratamiento que provee mejoramiento en la apariencia de los dientes, en la función general de los dientes, y en la salud dental general. Dientes, encias, y maxilares son una parte intrínseca del cuerpo y pudieran no responder al tratamiento. Si usted no mantiene una buena higiene oral, pudiera resultar en caries dentales y encias hipertrofiadas. Incomodidad en la articulación y raices cortas se ha observado en un pequeño porcentaje de los casos. Los dientes cambian durante el transcurso de la vida y puede haber movimiento de los dientes y cambios después del tratamiento. He leído y entendido este párrafo. También entiendo que los exámenes diagnósticos y mi nombre pudieran usarse para investigación o promoción. Yo he respondido con veracidad las preguntas a este cuestionario y comprometo a informar a esta oficina de cualquier cambio en mi historia médica o dental. Además, Yo autorizo al ortodonta del Orthodontics of Atlanta a realizar una evaluación ortodoncica completa.

Firma: _____ Fecha: _____