

# BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Apodo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Masculino  Femenino  No Binario  Transgénero Pronombres preferidos: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Hogar #: \_\_\_\_\_  
Si el paciente es menor de edad, proporcione el nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_  
Dentista General: \_\_\_\_\_ ¿A quién podemos agradecer por recomendarlo? \_\_\_\_\_  
¿Se ha consultado previamente con un ortodoncista? Si  No  Razón: \_\_\_\_\_  
Por favor indique otros miembros de la familia vistos en nuestra oficina y su relación con usted: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL PARTE RESPONSABLE

Nombre de la parte responsable #1: \_\_\_\_\_ Nombre de la parte responsable #2: \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Seguro Social ##: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Dirección (si es diferente a la anterior): \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

## INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Compañía de seguros: \_\_\_\_\_  
Identificación de miembro: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_  
Teléfono del seguro #: \_\_\_\_\_ ¿Doble cobertura? Sí  No  Si es así, continúe  
Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Compañía de seguros: \_\_\_\_\_  
Identificación de miembro: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ Teléfono del seguro #: \_\_\_\_\_

Firma: (Firma de los padres, si es menor de edad) \_\_\_\_\_



## INFORMACIÓN MÉDICA DE SALUD (PARA PACIENTE)

¿El paciente ha sido hospitalizado por algún procedimiento quirúrgico o enfermedad grave? Si  No

Nombre del médico del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

¿El paciente tiene o tuvo alguna de las siguientes enfermedades o condiciones? (Marque los que apliquen)

- | Si   | No                       | Si  | No                       | Si                                   | No                       |
|--|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes   |                          | Desmayos, convulsiones                      |                          | SIDA, VIH Positivo                   |                          |
| <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| Derrame cerebral                                       |                          | Fiebre escarlatina, cardiopatía reumática   |                          | Herpes, ampollas febriles            |                          |
| <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| Asma   |                          | Alergias (medicamentos u otros)             |                          | Reemplazo o implante de articulación |                          |
| <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis  |                          | Sensibilidad o alergia al látex o al níquel |                          | Sangrado excesivo o hematomas        |                          |
| <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo   |                          | Presión arterial alta o baja                |                          | Dependencia de drogas o alcohol      |                          |
| <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| Defecto cardíaco, soplo cardíaco, enfermedad cardíaca. |                          |   |                          | Extirpación de amígdalas o adenoides |                          |

¿El paciente toma actualmente o alguna vez ha tomado bifosfonatos, incluidos Fosamax, Didronel, Boniva, Aredia, Actonel, Skelid o Zometa? Si es así, ¿qué medicamento? \_\_\_\_\_

¿Tiene el paciente alguna enfermedad, afección o problema que no figura en la lista y que cree que deberíamos conocer? Por favor explique: \_\_\_\_\_

¿El paciente está tomando algún medicamento en este momento? Si  No  En caso afirmativo, indique: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE SALUD DENTAL

¿El paciente tiene algún problema dental? Si  No  Fecha de la última visita al dentista: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia el paciente se cepilla los dientes y usa hilo dental cada día? Tiempo de cepillado por día: \_\_\_\_\_ Tiempo de uso de hilo dental por día: \_\_\_\_\_

¿El paciente tiene o tuvo alguna de las siguientes enfermedades o problemas?

- | Si   | No                       | Si   | No                       | Si   | No                       |
|--|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| Empuje de lengua   |                          | Dolor de mandíbula (articulación, oreja, costado de la cara) |                          | Hábito de chuparse los dedos o los labios. |                          |
| <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| Encías doloridas o sangrantes                                |                          | Sensibilidad dental al calor, al frío o a los dulces.        |                          | Miedo al trabajo dental.                   |                          |
| <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| Extracción de dientes permanentes                            |                          | Tratamiento de ortodoncia previo                             |                          | Apretar o rechinar                         |                          |
| <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| Dificultad para masticar                                     |                          | Lesión en la cabeza, el cuello, la mandíbula o los dientes.  |                          | Faltante o extra diente permanente         |                          |
| <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |  |                          |
| Chasquido o estallido de las articulaciones de la mandíbula. |                          |  |                          |  |                          |

## INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Reconozco que la información anterior es correcta. Notificaré a i-Orthodontics de cualquier cambio que se produzca después de esta fecha. Por la presente autorizo al Dr. Isaac Chung a realizar una evaluación/examen de ortodoncia inicial.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

