

Información del Paciente

Fecha _____

Nombre del Paciente _____ / _____ masculino femenino
Apellido Nombre Segundo Nombre Apodo

Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Nacimiento _____ Edad ____ # de Seguro Social _____ Hermanos ____ Cuántos ____ Edades ____

Número de Teléfono: Casa _____ Celular _____

Correo Electrónico _____

Si el paciente es menor de edad, por favor incluye el nombre y número de teléfono de los padres o personas responsables de hacer citas _____

¿A quien podemos agradecer por referirlo a nuestra oficina? _____

Información de la persona responsable si el paciente es menor de edad

Nombre _____ Sr. Sra. Srta. Dr(a).
Apellido Nombre Segundo Nombre

Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono _____ Numero de Seguro Social _____

Correo Electrónico _____ Relación con el Paciente _____

Empleador _____ Profesión _____ Número de Años Empleado _____

Nombre de Esposo(a) _____ Relación con el Paciente _____

Número de Teléfono _____ Numero de Seguro Social _____

Correo Electrónico _____ Relación con el Paciente _____

Empleador _____ Profesión _____ Número de Años Empleado _____

Información de Seguro Dental

Nombre de Asegurado _____ Numero de Seguro Social _____

de Identificación de Miembro _____ Fecha de Nacimiento _____

Compañía de Seguro _____

Número de Teléfono _____ Número de Grupo _____

Dirección de la Compañía de Seguros _____

¿Tienes doble cobertura? Sí / No Si es así, por favor complete:

Nombre del Asegurado _____ Numero de Seguro Social _____

Identificación de Miembro _____ Fecha de Nacimiento _____

Compañía de Seguros _____

Número de Teléfono _____ Número de Grupo _____

Dirección de la Compañía de Seguros _____

Información de Contacto de Emergencia

Nombre _____ Relación _____

Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono _____ Número de teléfono alternativo _____

Entiendo que cuando sea apropiado, su historial de crédito puede ser obtenido.

Firma (padres si es menor) _____ Actualizaciones (fecha e iniciales) _____

Historial Dental

Dentista General _____ Número de Teléfono _____

Fecha de la última visita _____

¿Qué le preocupa más sobre sus dientes? _____

¿Está usted actualmente en algún dolor dental? Sí / No _____

¿Alguna vez has experimentado alguna reacción desfavorable a la odontología? _____

¿Qué tipo de frenillos te interesa?

Invisalign Frenillos de Metal Frenillos Transparentes Frenillos Linguales

Historial Médico

Médico _____ Número de Teléfono _____

Fecha de la última visita _____

Por favor marque sí o no (si es sí, por favor explique con detalles)

¿Estás tomando algún medicamento? Sí / No _____

¿Es alérgico a algún medicamento? Sí / No _____

¿Tienes un historial de alguna enfermedad grave? Sí / No _____

¿Ha tenido alguna operación significativa? Sí / No _____

¿Has estado alguna vez involucrado en un accidente grave? Sí / No _____

Para los Pacientes Mujer Solamente

¿Estás embarazada? _____

Beneficios

Los beneficios de ortodoncia son la estética, la salud y la función. La ortodoncia es un servicio que proporciona y mejora la apariencia y la función general de los dientes, y también mejora la salud dental en general. Los dientes, las encías y mandíbulas son una parte del cuerpo intrincada y pueden no responder al tratamiento. Si no se practica una buena higiene oral, pueden dar lugar a caries y encías agrandadas. Molestias en las articulaciones y el acortamiento de la raíz se observan en un pequeño porcentaje de casos. Cambios en los dientes ocurren durante

nuestra vida y puede suceder algunos movimientos o cambios de los dientes después del tratamiento. He leído y entendido este párrafo. He contestado con sinceridad a todas las preguntas anteriores y estoy de acuerdo de informar esta oficina de cualquier cambio en mi historial médico o dental. Además, autorizo a Diamond Braces para proporcionar una evaluación de ortodoncia completa.

Políticas de Privacidad

Entiendo que esta oficina es HIPPA compatible. Yo reconozco que la declaración de privacidad está disponible para yo leer y obtener una copia a mi petición.

Firma _____ Fecha _____