

Bienvenidos a nuestra Practica!

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido _____ Nombre _____ M.I. _____

Miembro de la familia tratado _____ Fecha Nacimiento ___/___/___ Hombre ___ Mujer ___

Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____Codigo postal _____

Telefono _____ Correo Electronico _____

Escuela _____

Pasatiempos/Deportes _____

Dentista _____ Referido por _____

INFORMACION DE LA PARTE RESPONSABLE

Apellido _____ Nombre _____ M.I. _____

Fecha Nacimiento ___/___/___ Numero de Seguro Social _____ Relacion _____

Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____

Telefono de Casa _____ Telefono de trabajo _____

Correo Electronico _____

Empleador _____

Ciudad _____ Estado _____Codigo postal _____

INFORMACION DE LA COMPANIA DE SEGUROS DENTALES

Seguro	Asegurador Principal	Asegurador Secundario
Nombre		
Direccion		
Estado Codigo postal		
Telefono		
Numero de Poliza		
S.S/D.O.B		

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Nombre del Medico Dr. _____

Marque cualquier de los siguientes tratamientos o diagnosticos que ha tenido:

___ Fiebre Reumatica ___ Paralisis Cerebral ___ Amigdalas y Adenoides eliminadas ___ Epilepsis

Sangro Prolongado ___ Problemas Endocrinos ___ Enfermedad Respiratoria ___ Diabetes

___ Enfermedad Infecciosa ___ Problemas del Corazon ___ Trastornos oseos ___ Hepatitis

___ Desmayo o mareos ___ Asma ___ Alergias ___ Cancer ___ Alergias a Latex o Metal

Esta usted bajo cuidado medico por una condicion especifica o toma alguna medicina? SI NO

Si la respuesta es SI , explicar _____

HISTORIA DENTAL

	SI	NO
A sido o ha tenido tratamiento de ortodoncia antes?	___	___
A tenido dificultades del lenguaje? Terapia de lenguaje?	___	___
Sus dientes o quijada han sidos heridos por algun accidente o caida?	___	___
Ha sido informado de alguna perdida de un diente permanente?	___	___
Ha tenido dolor o incomodidad en las coyunturas de la mandibula?	___	___
Tiene o ha tenido estos habitos?		
Chupar dedo pulgar	___	___
Empujar la lengua	___	___
Rechinar los dientes	___	___

Describa su mayor preocupacion por el tratamiento de ortodoncia _____

FIRMA _____