



FORMULARIO DE INFORMACION DE NUEVO PACIENTE

(Este formulario debe completarse antes de su examen... Gracias)

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha _____

Nombre del paciente (Apellido) _____, (Primer nombre) _____, (Inicial segundo nombre) _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo: Masculino Femenino Número de Seguro Social _____

Dirección (Calle) _____, (Ciudad) _____, (Código postal) _____, (Estado) _____

Celular _____ Correo electrónico _____

¿Ha estado el paciente o miembro de la familia en nuestra oficina antes? Sí No Quién? _____

Odontólogo _____ Dirección _____

¿El paciente ha visto a otro ortodoncista? Sí O No O Quién? _____

Cómo se enteró de Valderrama Orthodontics:

Amigos	Familiar	Aviso en el colegio	Publicidad en el colegio	Social Media	Google
Odontólogo	Seguro médico	TV	Al pasar	Email	_____

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD

Nombre del padre/custodio legal (Apellido) _____, (Primer nombre) _____

Relación con el paciente _____

Dirección (Calle) _____, (Ciudad) _____, (Código postal) _____, (Estado) _____

¿El paciente cuenta con seguro? Yes O No O Compañía de seguro/Plan _____

INFORMACION DE LA PARTE RESPONSABLE

Nombre (Apellido) _____, (Primer nombre) _____, (Inicial segundo nombre) _____

Dirección (Calle) _____, (Ciudad) _____, (Código postal) _____, (Estado) _____

Celular _____ Correo electrónico _____

Empleador _____ Ocupación _____ Teléfono trabajo _____

Número de Seguro Social _____

¿Se da permiso para llamar a la persona al trabajo si es necesario? Sí O No O Iniciales _____

HISTORIA MEDICA/DENTAL

Médico general _____ Fecha de último examen físico _____ Fecha de última visita dental _____

¿Está el paciente bajo el cuidado de un médico? Yes O No O En caso afirmativo, ¿para qué? _____

Liste cualquier medicamento que esté tomando actualmente _____

Liste las alergias a cualquier medicamento _____

¿El paciente ha sido diagnosticado o tratado por alguno de los siguientes? (marque todas las que apliquen)

Fiebre reumática	Enfermedad del corazón	Trastornos pulmonares	Trastornos óseos
Corona Virus	Presión sanguínea anormal	Tuberculosis	Artritis
Hepatitis	Trastornos de la sangre	Asma	Ansiedad
SIDA/VIH Pos.	Soplo cardíaco	Convulsiones	Diabetes
Otro _____			

Marque todo lo que corresponda:

1. ¿El paciente requiere medicación antes de una visita dental?
2. ¿El paciente tiene alergia al látex?
3. ¿Tiene el paciente un hábito persistente de chupar dedo?
4. ¿El paciente respira por la boca?
5. ¿El paciente vomita, le dan náuseas, o se desmaya fácilmente?
6. ¿El paciente experimenta dolores de cabeza o de cuello?
7. ¿El paciente rechina o aprieta los dientes?
8. ¿Ha tenido el paciente alguna lesión en la mandíbula o en los dientes?
9. ¿Ha experimentado el paciente estallido o bloqueo de la mandíbula?
10. ¿Se ha evaluado alguna vez al paciente con respecto a un problema de mandíbula?
11. ¿Se ha tratado al paciente por enfermedad periodontal o se ha recomendado tratamiento?
12. ¿El paciente/tutor sabe que las citas infringirán con el trabajo/colegio?
13. Proporcione cualquier información adicional que crea que deberíamos conocer _____

AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA

Autorizo la divulgación de cualquier información sobre mi tratamiento de ortodoncia a mi compañía de seguro dental y/o médico.

Firma del paciente/tutor _____ Fecha _____

He leído las preguntas anteriores y las entiendo. No responsabilizaré a mi ortodoncista ni a ningún miembro de su personal por los errores u omisiones que haya realizado al completar este formulario. Notificaré a mi ortodoncista sobre cualquier cambio en mi salud médica o dental.

Firma del paciente/tutor _____ Fecha _____