

## Informacion del Paciente

Mr.  Mrs.  Ms.  Miss  Dr.  Rev.  Other: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Primer nombre                      Segundo nombre/initial                      Apellido                      (Sobre nombre)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Telefono hogar: \_\_\_\_\_

Telefono Celular: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Sexo M                      F                      NSS: \_\_\_\_\_                      Raza: \_\_\_\_\_

Dentista: \_\_\_\_\_

Medico: \_\_\_\_\_

¿Quien te refirio a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

¿Existe algun alerta medico? \_\_\_\_\_

## Informacion Persona Encargada

No-mbre Persona Encargada: \_\_\_\_\_  
Primer nombre                      Segundo                      Apellido                      (Sobre nombre)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Telefono hogar: \_\_\_\_\_

Telefono trabajo: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Sexo M                      F                      NSS: \_\_\_\_\_                      Parentezco con el paciente:

¿Es el encargado responsable por la cuenta?    si                      no

¿Es esta la persona que trae al paciente a sus citas?    si                      no

Compania de Seguros \_\_\_\_\_

Numero de Grupo \_\_\_\_\_                      Telefono: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Patrono: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

## ***COMO SE ENTERO DE NUESTRA OFICINA:***

Dentista: \_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Familiar/Amigo: \_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Anuncio/Internet: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

**Referencias Personales** (favor de anotar 3 personas que no vivan con usted, con las cuales nos podemos comunicar en caso de emergencia)

Nombre \_\_\_\_\_ # Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ # Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ # Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre de tu Dentista \_\_\_\_\_ # Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha de último examen dental/limpieza \_\_\_\_\_

Cuáles son los resultados que le gustaría lograr con Ortodoncia? \_\_\_\_\_

Del 1-10 que tan motivado estas en iniciar tratamiento?      1-3                      4-7                      8-10

## Historial Médico

**Por favor circule su respuesta:**

Tienes un Médico Primario? Si No

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Numero: ( ) \_\_\_\_\_ Fecha ultima visita: \_\_\_\_\_

Tu salud física actual es: Excelente Moderada Baja

Fumas o utilizas el Tabaco el cualquir forma? Si No

Tienes implantes de metal? Si No

Estas tomando algun medicamento por prescripcion o de venta libre? Si No

Por favor de anotar cada una: \_\_\_\_\_

Tienes dolor en la quijada? Si No

Truena tu quijada? Si No

Cuando truena? \_\_\_\_\_

Necesitas Pre-medicacion para visitas dentales? Si No

Tomas difosfonates (para perdida de hueso)? Si No

Eres alergico a lo siguinete: (Circular)

Aspirina                      Eritromicina                      Penicilina

Codeína                      Joyeria/Metales                      Tetraciclina

Anestéticos Dentales                      Látex                      Otro: \_\_\_\_\_

Por favor de anotar cada una: \_\_\_\_\_

Mujeres: Tomando pildoras anti-conceptivas? Si No

Estas embarazada? Si No Semana # \_\_\_\_\_

Estas amamantando? Si No

**Haz tenido alguna de la siguiente enfermedad o problema medico: (favor de circular)**

S N Sida S N VIH

S N Alcohol / Abuso de drogas S N Hospitalización

S N Anemia S N Enfermedad del hígado

S N Artritis S N Problemas de los riñones

S N Hueso / Válvulas artificiales S N Presión baja

S N Asma S N Lupus

S N Autismo / ADHD S N Hepatitis

S N Transfusión de sangre S N Prolapsia de la válvula mitral

S N Cáncer / Quimioterapia S N Marcapasos

S N Colitis S N Tratamiento psiquiátrico

S N Defecto congénito del corazón S N Tratamientos de radiación

S N Diabetes S N Reumático / Fiebra escarlata

S N Dificultad respiratoria S N Desmayos / Convulsiones

S N Enfisema S N Varicelas Adulta

S N Epilesia S N Enfermedad de Células Falciformes

S N Dolores de cabeza frecuentes S N Derrame Cerebral

S N Glaucoma S N Problemas de la tiroides

S N Fiebre del heno S N Tuberculosis (TB)

S N Ataque cardíaca / Cirugia S N Ulceras

S N Soplo del Corazón S N Enfermedades Venéreas

S N Herpes / Ampollas de fiebre S N Preion alta

S N Sangrado Anormal Other \_\_\_\_\_

**Nuestra oficina reserva el derecho de verificar el crédito de nuestros pacientes antes de extenderle cualquier tratamiento. Con la discreción de la oficina puede usar uno o más servicios de crédito. Yo entiendo que soy responsable de pagar cualquier servicio que reciba y también me hago responsable de pagar cualquier deducible que mi aseguranza no cubra. En caso de que falle con los arreglos de pagos, yo seré responsable de pagar cualquier costo razonable de colecciones.**

**A fin de mantener el control de calidad y excelente servicio al cliente, Dr. Lili Mirtorabi, D.D.S., M.S. Orthodontics realizara vigilancia mediante video y audio. El monitoreo de video y audio se utilizara para identificar problemas de seguridad, mantener el control de calidad al cliente, detector robos y mala conducta, y desalentar o impedir los actos de hostigamiento y violencia. Dr. Lili Mirtorabi, D.D.S., M.S. Orthodontics respeta los derechos de privacidad legítimas de los pacientes, se hara todo lo possible para garantizar que la vigilancia se realice de una manera ética y respetuosa.**

**Firma (Padre o tutor si es menor de edad) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_**

\*\*\*\*\* **For Office Use Below Only** \*\*\*\*\*

**I verbally reviewed the medical information above with the patient named herein.                      Initials: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_**

**Doctor's Comments: \_\_\_\_\_**