



Historial de salud del nuevo paciente - Adulto

1. Informacion del Paciente

Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:		
Fecha de Nacimiento:	Sexo: ☐ Dama ☐ Varon ☐ Otro	Estado Marital: ☐ Soltero ☐ casado		
Calle y numero:	Apt./Unit #:	Ciudad:	Estado:	Codigo Zip:
Celular:	Casa:	Trabajo:		
Email:	Metodo de contacto preferido: ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Email			

2. Informacion del responsable de la cuenta (solo si es diferente de la informacion anterior):

Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:		
Fecha de Nacimiento:	Sexo: ☐ Dama ☐ Varon ☐ Otro	Estado Marital: ☐ Soltero ☐ casado		
Calle y numero:	Apt./Unit #:	Ciudad:	Estado:	Codigo Zip:
Celular:	Casa:	Trabajo:		
Email:	Metodo de contacto preferido: ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Email			

3. Como escucho de nuestra oficina o quien lo ha referido para nosotros poder agradecerle?

fuentes de referencia

☐ Google ☐ Dentista ☐ Redes sociales ☐ Publicidad en la calle ☐ a traves de mi seguro medico

Familiar o amigo (Ingrese nombre)	Otro sitio de internet	Otro

4. Cual es su principal interes o deseo?

5. Ha tenido usted un tratamiento de ortodoncia en el pasado?

☐ Si ☐ No

6. Informacion general de su dentista:

Nombre del dentista:	a visitado su dentista en los ultimos 6 meses?:	Se ha realizado algun tratamiento?
	☐ Si ☐ No	

7. ¿Tienes seguro de ortodoncia?

☐ Si ☐ No

8. Seguro medico (primario):

Nombre de la compania de seguro medico		Numero de poliza#	Numero de Grupo
Relacion del paciente con el asegurado ☐ Prop ☐ Conyugue ☐ Hijo ☐ Otro	Nombre del asegurado	Telefono del Asegurado	Fecha de nacimiento del asegurado
Direccion del asegurado (seguro dental)	Ciudad	Estado	Codigo Zip

9. Tarjeta del seguro medico (primario): Por favor tome una foto del frente y reverso de su tarjeta. En el caso de recomendar un tratamiento, la informacion de su tarjeta nos permitira separar los costos de su tratamiento de ortodoncia que estan bajo la cobertura de su plan.

10. Seguro Dental (seguro adicional):

Nombre de la compania de seguro medico		Numero de poliza#	Numero de Grupo
Relacion del paciente con el asegurado ☐ Prop ☐ Conyugue ☐ Hijo ☐ Otro	Nombre del asegurado	Telefono del Asegurado	Fecha de nacimiento del asegurado
Direccion del asegurado (seguro dental)	Ciudad	Estado	Codigo Zip

11. Tarjeta del seguro medico (Seguro adicional): Por favor tome una foto del frente y reverso de su tarjeta. En el caso de recomendar un tratamiento, la informacion de su tarjeta nos permitira separar los costos de su tratamiento de ortodoncia que estan bajo la cobertura de su plan.

12. Indique si usted tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones:

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Anemia | ☐ Asma | ☐ Sangrado anormal |
| ☐ Tratamientos de cancer | ☐ Diabetes | ☐ Epilepsia |
| ☐ Desmayos | ☐ Acidez o Reflujos | ☐ Dolores de cabeza /Migrañas |
| ☐ Problemas Cardiacos | ☐ Hepatitis | ☐ Presion alta |
| ☐ Sida | ☐ Osteoporosis | ☐ Marcapasos |
| ☐ Fiebre Reumatica | ☐ Infarto Cerebral | ☐ Consumo de tabaco |

Otro / Detalles:

13. Indique si alguna de las condiciones aplica, si es que SI, por favor explique:

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Chuparse el pulgar o dedos | ☐ Problemas al tragar o problemas de lengua | ☐ Problemas al hablar |
| ☐ Dientes sueltos o tapaduras rotas | ☐ Desgaste de dientes o rechina dientes | ☐ Se han removido sus amigdalas o adenoides |
| ☐ Coronas o puentes | ☐ Tratamientos de conducto (endodoncia) | ☐ Respira por la boca |
| ☐ Roncar al dormir | ☐ Ha usado un protector bucal al dormir | ☐ Ha tenido enfermedades periodontales |
| ☐ Enfermedades periodontales | ☐ Dolores o molestias en la boca | ☐ Lesiones en los dientes o en el rostro |
| ☐ Dolor en la mandibula | ☐ Le suenan los huesos de la mandibula | ☐ Molestias al abrir y cerrar la boca |
| ☐ Sensibilidad o molestias al morder | ☐ Dolor con lo frio, dulce o caliente | ☐ Se le almacena comida entre ciertos dientes |

Otro / Detalles:

14. Por favor menciones sus alergias:

	Alergia
1	

15. Mencione las medicinas que usted toma y para que las toma:

	Medicamento	Uso del medicamento
1		

16. Mencione si usted tiene alguna enfermedad seria o si ha tenido cirugias mayores:

17. Que tratamiento a usted le interesa mas?

☐ Invisalign

☐ Frenos transparentes o de metal

☐ Retenedores

Otro / Detalles:

18. Si le recomendamos un tratamiento, Cuan pronto quisiera usted comenzar?

☐ Lo mas pronto posible

☐ Dentro de una semana

☐ Dentro de un mes

Otro:

19. Que opciones de pago le gustaria considerar?

☐ Pagos mensuales sin intereses

☐ Pagar tratamiento completo(incluye descuento)

☐ HSA/FSA

Otro:

20. Hay algo mas que a usted le gustaria dejarnos saber antes de proceder con su visita?:

En pleno uso de mi conocimiento he respondido correctamente las preguntas de este formulario. Estoy conciente que es mi responsabilidad el informar a esta oficina cualquier cambio relacionado con mi salud. Autorizo la creacion de los archivos necesarios para mi tratamiento de ortodoncia como tambien el uso de estos para el entrenamiento y capacitacion de esta oficina.

Firma

Fecha