

Por favor **llenar por completo** toda la información. Gracias

Información del paciente

A B C

**Bienvenidos!**

Paciente \_\_\_\_\_

Apellido Primer nombre Segundo Nombre

Domicilio \_\_\_\_\_

Calle Ciudad , Estado Código Postal

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Núm. Seguro Social \_\_\_\_\_

Si es menor de edad , nombre de Padre o Madre / Padre de Custodia \_\_\_\_\_

Localidad de nuestra oficina que prefiere (hacer circulo Crown Point Schererville Merrillville Valparaiso)

Correo electrónico de Persona responsable de cuenta \_\_\_\_\_

Como o por medio de quien llego a conocer de nuestra oficina? \_\_\_\_\_

**Responsabilidad Financiera**

Nombre \_\_\_\_\_

Apellido Primer Segundo Nombre Estado Civil  
Casado /soltero

Domicilio \_\_\_\_\_

Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección de correspondencia

si no igual al ya mencionada \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo lleva en este Domicilio \_\_\_\_\_ Es Dueño o Aquila

Si es menos de 3 anos, domicilio anterior \_\_\_\_\_

Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono particular ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono celular ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono laboral ( ) \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social # \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Relación al Paciente \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ # de Anos empleado \_\_\_\_\_

Nombre del Conyuge \_\_\_\_\_

Apellido Primer Segundo nombre relación con el paciente

Estado marital \_\_\_\_\_ #Seguro social de cónyuge \_\_\_\_\_

Domicilio postal \_\_\_\_\_

Calle Ciudad Estado Código Postal

Empleador del Cónyuge \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ # anos empleado \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del Cónyuge \_\_\_\_\_ # teléfono del empleador \_\_\_\_\_

Teléfono Celular \_\_\_\_\_

**Información en Caso de Emergencias**

Nombre del Familiar mas Cercano \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Numero de teléfono \_\_\_\_\_ Relación la Paciente \_\_\_\_\_

Entiendo que seré responsable de todos los costos incurridos en la fabricación de una férula o aparato de ortodoncia, en caso de que decida no continuar el tratamiento. Entiendo que es póliza de Puntillo & Crane Orthodontics que el padre o madre que solicite tratamiento para un menor de edad será responsable de todos servicios prestados.

Iniciales \_\_\_\_\_

Para permitirnos establecer los mejores términos de crédito para usted o el cuidado de su hijo menor, hoy obtendremos los informes de las agencias de créditos apropiadas.

Firma (de los Padres si es menor de edad) \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Ha habido cambios en los registros medicos o registros dental del paciente (por favor marque) Si No**

## Historial Medico

**\*\* Sus respuestas son confidencial y solo se usarán como historial que se necesita para una completa evaluación Ortodóntica \*\***

Alguna vez a tenido cualquiera de lo siguiente? Por favor responder Si o No

- Si o No - Defectos de nacimiento o problemas hereditarios
- Si o No - Algún trauma a la cabeza, cuello, o cara
- Si o No - Problema Endocrino o de Tiroide
- Si o No - Problema con los riñones
- Si o No - Problema con sistema inmunológico
- Si o No - Enfermedad de transmisión sexual
- Si o No- Hepatitis, bilirrubina o otro problema del hígado
- Si o No- Convulsiones epilépticas o desmayos
- Si o No- Problema con la visión o de audición
- Si o No- Alta o baja presión
- Si o No- Dolores en el pecho, falta de respiración, se cansa facil
- Si o No- Defecto en el corazón, soplo, ataque cardiaco
- Si o No- Prolapso de válvula Mitral, enfermedad cardiaca
- Si o No- Sufrió fracturas o otras heridas graves
- Si o No- Artritis o problema de coyunturas
- Si o No- Diabetes o nivel bajo de azúcar en la sangre
- Si o No- Cáncer o un tumor
- Si o No- Úlcera estomacal o reflujo de ácido
- Si o No- Osteoporosis
- Si o No- SIDA o VIH positiva
- Si o No- Polio, Mononucleosis, TB, Neumonía
- Si o No- Depresión
- Si o No- Historial de Anorexia o Bulimia
- Si o No- Hinchazón de los tobillos
- Si o No- Enfermedad Anemia Drepanocítica
- Si o No- Derrame cerebral
- Si o No- Trastorno de la piel (no acné)
- Si o No- Asthma, sinusitis, fiebre del heno (alergias)
- Si o No- Problemas de Adenoides o Amígdalas
- Si o No- Úlceras bucales o ampollas fiebre
- Si o No- Fiebre reumática
- Si o No- Frecuente dolores de cabeza o migrañas
- Si o No- Problemas del habla y/o terapias
- Si o No- Alergia a latex o níquel
- Si o No- Nerviosidad o ansiedad
- Si o No- Hemofilia o sangrar excessivamente

	Si	No
Está bajo algún tratamiento médico actualmente? En afirmativo, para que? _____ Quien es su doctor? _____	( )	( )
Actualmente toma medicamentos? En afirmativo mencione todos lo que toma _____	( )	( )
Tiene alguna alergia a medicamentos? En afirmativo, por favor liste cuáles _____	( )	( )
Tiene alguna alergia a (EG. gatos, lactosa, pollen)? ( ) En afirmativo por favor liste cual _____	( )	( )
Se ha pre- medicado para trabajo dental mayor o limpieza?	( )	( )
Masca o fuma tobacco?	( )	( )
Si es mujer, está embarazada?	( )	( )
Hay algún otro problema de salud que no se ha mencionado aquí? En afirmativo por favor describa? _____ _____	( )	( )

-

### Formulario de Historia Dental

¿Tiene algún dolor o molestia dental que se quiere atender?	Si	No
Sí responde si, por favor explicar _____		
Se ha fracturado, golpeado, o partido algunos de sus dientes?	Si	No
¿Ronca al dormir?	Si	No
¿Se le dificulta respirar por la nariz?	Si	No
¿Respira con la boca abierta de manera constante?	Si	No
¿Tiene algunos de estos hábitos? Indique cual Chupar el dedo, labio, chupete, o pulgar, o morder las uñas, o morder objetos?	Si	No

### Historia de la articulación mandibular

¿Alguna vez a sufrido del problema de la articulación mandibular?

En caso afirmativo, ha recibido tratamiento?

¿De parte de quien?

¿Cuándo?

Por favor describa su problema / o concerniente :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Yo en representación de todo lo dicho y respuestas incluidas aquí, son correctas y a mi mejor parecer estar completa y acertado , y estar de acuerdo que Puntillo and Crane Orthodontics P.C , y sus empleados no se le esperará tener algún conocimiento de la cual no se ha incluido aquí.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Firma de padre/madre si es menor de edad)