



Radiant Orthodontics

Let us create a Radiant smile that lasts you a lifetime!

Fecha:

Informacion del Paciente

Nombre.....

Direccion..... Ciudad..... Estado.....Codigo Postal.....

Telefono.....Fecha de Nacimiento...../...../.....Seguro Social.....

Email Address.....

Si paciente es menor de edad, nombre de padre.....

Dentista de Familia.....Ultima visita?...../...../.....

Tiene Ud Trabajo Dental Pendiente?.....Describa:.....

A quien podriamos agradecer por su visita?

Escuela.....

Hermanos o Hijos del paciente:

Nombre.....Sexo.....Fecha de Nacimiento...../...../.....

Nombre.....Sexo.....Fecha de Nacimiento...../...../.....

Pasatiempos.....

.....

Persona Responsable

Nombre.....Estado Civil.....

Direccion.....Ciudad.....Estado.....Codigo Postal.....

TEL (casa).....TEL (trabajo).....Celular.....

Relacion al Paciente.....Fecha de Nacimiento...../...../.....Seguro Social #.....

Empleador.....Ocupacion.....Años Empleado.....

Nombre de Esposo(a).....Relacion al Paciente.....

TEL.....Celular.....

Aseguransa Dental

Nombre de AseguradoNumero de Miembro #.....

Nombre de Compañía.....Grupo#.....TEL.....

Empleador de Titular de Poliza.....

Tiene Cobertura Doble? Si.....No.....En Caso Afirmativo, Porfavor Complete lo Siguiente:

Nombre de Asegurado Numero de Miembro #.....

Nombre de Compañía.....Grupo#.....TEL.....

Empleador de Titular de Poliza.....

Donde Trabaja el Asegurado?

Como una cortesía a nuestros pacientes a los que presentar sus formularios reclamación de seguro. Vamos a tratar de obtener la cobertura de seguro tanto para usted como sea posible. Sin embargo, por favor, comprenda que usted es responsable, en su totalidad, de todos los cargos prestados. Cualquier seguro estimaciones de esta oficina debe considerarse sólo orientativo. Cuando el pago final del seguro se recibe, su cuenta será reconciliada.

Yo autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar mi reclamo de seguros y, también, por la presente autorizo el pago de los beneficios del seguro deRadiant Orthodontics, D.D.S Elaheh Moheb

Iniciales.....

Contacto de Emergencia

Contacto de Emergencia.....TEL.....

Relacion a Paciente.....

Direccion Completa.....

Entiendo que los registros se almacenan electrónicamente y que una copia electrónica se considerará un original a todos los efectos.

Iniciales.....

Hacemos todo lo posible para programar citas para su conveniencia, pero los nombramientos de ortodoncia pueden infringir en su trabajo y horario de la escuela.

Iniciales.....

Firma de Paciente.....Fecha...../...../.....

Firma de Padre si Paciente es Menor de Edad:.....Fecha...../...../.....

**Por favor complete el siguiente cuestionario de salud tan plena y completamente como sea posible.
También escriba cualquier otra información que considere útil**

¿Cuáles son las preocupaciones del paciente o sus padres principales con respecto a las mandíbulas y los dientes?

- Desalineación
- Crowding
- Overbite
- Mordida cruzada
- Underbite
- Mordida abierta
- Buck Teeth
- La protrusión de los dientes
- Los dientes con formas irregulares
- Sonrisa con mucha Encilla
- Espacios
- Mandibular Retrocideo
- Mandibular Prominente
- Las proporciones faciales irregulares
- Enfermedad de las Encías
- Los dientes que faltan
- Disfunción mandibular
- Boca demasiado pequeña
- Al hacer clic articulación de la mandíbula
- Zumbido en los oídos
- Dolores de cabeza / Dolor facial
- Dolor de cuello
- Dolor de mandíbula
- Segunda Opinión
- Recomendaciones de Dentista
- Otros.....

Salud física del paciente?

- Excelente
- Buena
- Feria
- Mala

Salud mental del paciente?

- Excelente
- Buena
- Feria
- Mala

Medicamentos que toma el paciente:

- Ninguno
- Píldoras para el corazón
- Antibióticos
- Pastillas para el dolor
- Pastillas anticonceptivas
- Relajantes musculares
- Anti-Depresores/Anti-Ansiedad
- Bisfosfonatos
- Otros.....
- Nombre.....

Firma

¿Con qué frecuencia el paciente chequeos dentales?

- Una vez al año
- Dos veces al año
- Más de dos veces
- Sólo en caso de emergencia
- Nunca

El paciente ha tenido, o tiene ahora alguna de estas condiciones siguientes? Marque las que correspondan.

- Alergia: Estacional
- Alergia: Penicilina
- Alergia: Látex
- Alergia: Níquel
- Premedicación con antibióticos
- Dedo / Habbit succión del pulgar
Actual..... Anterior.....
- Mordedura de unas
- Reproducciones de instrumentos musicales de viento
- Graves en la cabeza o heridas en la cara
- Tratamiento de la ATM anterior
- Historia de la cirugía ortognática
- Reparación de labio leporino, paladar hendido
- Asma
- Presión arterial alta
- Diabetes
- Enfermedades del corazón o soplo
- Tuberculosis
- SIDA o VIH positivos
- Hepatitis
- Enfermedad de la sangre
- Anemia
- Fiebre reumática
- Tumores o cáncer
- Osteoporosis
- Trastornos de los Huesos
- Autoinmunes
- Problemas endocrinos
- Epilepsia
- Alteraciones del sueño
- Ronquidos fuertes
- Mouthbreathing
- Tonsilitis
- Amígdalas Removidas
- Adenoides Removidos
- Mononucleosis
- Trastornos de la Alimentación
- Estrés
- Fumar/tabaco/alcohol/abuso de droga
- Ninguno de los Mencionados

Nombre

¿Este paciente tiene dificultad para masticar?

- Sí
.....Los dientes no se ajustan bien
.....El dolor al masticar
- No

¿El paciente tiene dolor al hacer clic en la articulación de la mandíbula?

- Sí
- No

¿Tiene la rutina el paciente de apretar los dientes?

- Sí
- No

¿El paciente se le a dicho que tiene protrusión de la lengua?

- Sí
- No

El paciente ha tenido un examen previo de ortodoncia?

- Sí (cuando
- No

¿Cuál es el interés de el paciente en el tratamiento de ortodoncia?

- Deseoso de comenzar el tratamiento
- Quiere tratamiento
- Sólo si es necesario
- No queriendo, pero cooperará si se necesita tratamiento
- No coopera

Ha llegado a la pubertad el paciente?

- Sí (aprox. Fecha:.....)
- No

Esta la paciente embarazada?

- Sí
- No

¿Hay algún problema médico, dental o quirúrgico que no hayan sido cubiertas en esta forma?

- Sí.....
- No

Fecha