

¡Bienvenido a nuestra oficina! Por favor tome unos minutos para llenar esta forma. Si tiene preguntas, estaríamos felices en poder ayudarle. Esperamos en poder ayudarle a crear la sonrisa que usted merece.

### **INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Fecha \_\_\_\_\_  
Apellido del Paciente: \_\_\_\_\_ Primero Nombre: \_\_\_\_\_  
Sobre Nombre: \_\_\_\_\_ Pasatiempos, Actividades: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M F Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: Casa: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### **PADRE/ GUARDIÁN/TUTOR**

Nombre(s) del padre(s) custodial: \_\_\_\_\_  
El paciente vive con (circula todo lo que corresponda) Madre Padre Madrastra Padrastro Abuelo/a Otro: \_\_\_\_\_

Nombre Completo del Padre: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro social: \_\_\_\_\_  
Ocupacion: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Dirección (si es diferente): \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: Casa: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre Completo del Madre: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro social: \_\_\_\_\_  
Ocupacion: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Dirección (si es diferente): \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: Casa: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### **RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: Casa: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### **INFORMACIÓN GENERAL**

¿Qué le preocupa a su hijo de sus dientes? \_\_\_\_\_  
¿Cómo se siente su hijo acerca del tratamiento de ortodoncia? \_\_\_\_\_  
¿Quién sugirió que su hijo podría necesitar tratamiento de ortodoncia? \_\_\_\_\_  
¿Por qué seleccionó nuestra oficina? \_\_\_\_\_  
Describa cualquier tratamiento o consulta de ortodoncia previa. \_\_\_\_\_  
¿Su hijo toca un instrumento musical? \_\_\_\_\_  
Nombre de Hermano/a: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ ¿Ha tenido tratamiento de ortodoncia? Sí No, ¿Si sí donde? \_\_\_\_\_  
Nombre de Hermano/a: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ ¿Ha tenido tratamiento de ortodoncia? Sí No, ¿Si sí donde? \_\_\_\_\_  
Nombre de Hermano/a: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ ¿Ha tenido tratamiento de ortodoncia? Sí No, ¿Si sí donde? \_\_\_\_\_  
¿Usted o algún miembro de su familia ha sido tratado en esta oficina? Por favor nombralos. \_\_\_\_\_  
**¿A quién podemos agradecer por recomendarlo a nuestra oficina?** \_\_\_\_\_

### **INFORMACION DENTAL**

Nombre de su dentista: \_\_\_\_\_ Dirección, Ciudad, Estado: \_\_\_\_\_  
Fecha de la última visita al dentista: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_ Próxima cita: \_\_\_\_\_  
Otros dentistas/ especialistas dentales ahora están siendo vistos: Nombre \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

## **INFORMACIÓN DE SEGURO DENTAL**

### **SEGURO PRIMARIO**

Nombre completo del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Parentesco al paciente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Empleado: \_\_\_\_\_ Nombre de la Seguridad: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono (Seguranza): \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_  
Grupo #: \_\_\_\_\_ ¿Esta política tiene beneficios ortodónticos? Sí No No lo sé

### **SEGURO SEGUNDO**

Nombre completo del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Parentesco al paciente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Empleado: \_\_\_\_\_ Nombre de la Seguridad: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono (Seguranza): \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_  
Grupo #: \_\_\_\_\_ ¿Esta política tiene beneficios ortodónticos? Sí No No lo sé

## **INFORMACIÓN MEDICO**

¿Crees que alguna de las actividades de tu hijo afecta su cara, dientes o mandíbula? ¿Cómo? \_\_\_\_\_

Lista todos los medicamentos, suplementos nutricionales, medicamentos a base de hierbas o medicamentos sin receta, incluidos los suplementos de fluoruro, que toma:

Medicación \_\_\_\_\_ Tomado por \_\_\_\_\_

Medicación \_\_\_\_\_ Tomado por \_\_\_\_\_

Medicación \_\_\_\_\_ Tomado por \_\_\_\_\_

¿Toma antibióticos antes de cualquier procedimiento dental? \_\_\_\_\_

¿Tiene o alguna vez ha tenido su hijo un problema de abuso de sustancias? \_\_\_\_\_

¿Su hijo mastica o fuma tabaco? \_\_\_\_\_

¿Ha notado algún cambio en la cara o la mandíbula de su hijo? \_\_\_\_\_

¿Alguna otra problema física? \_\_\_\_\_

### **Historial Medico Familiar**

¿Alguna vez los padres o hermanos tuvieron alguno de los siguientes problemas de salud? Si es así, por favor explique.

Trastornos de sangrado \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_

Artritis \_\_\_\_\_ Alergias severas \_\_\_\_\_

Problemas dentales inusuales \_\_\_\_\_ Desequilibrio del tamaño de la mandíbula \_\_\_\_\_

¿Otras condiciones médicas familiares? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia se cepilla tu hijo? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? \_\_\_\_\_

## **LIBERACIÓN Y RENUNCIA**

*He leído las preguntas anteriores y las entiendo. No responsabilizaré a mi ortodoncista ni a ningún miembro de su personal por cualquier error u omisión que haya cometido al completar este formulario. Notificaré a mi ortodoncista de cualquier cambio en mi salud médica o dental.*

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

*Autorizo la divulgación de cualquier información con respecto a mi tratamiento de ortodoncia a mi compañía de seguro dental y / o médica.*

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**\*\*NOTA:** *Orthodontic Specialists, LLC enviara una copia de su tratamiento de ortodoncia a su compañía de seguros. Como cortesía para usted los pagos del seguro pueden variar según su empleador y su póliza de seguro. Notifique a nuestra oficina inmediatamente sobre cualquier cambio en su cobertura de seguro, política o empleo.*

### **AUTORIZACIONES:**

*Me han informado sobre el plan de tratamiento y las tarifas asociadas. Acepto ser responsable de todos los cargos por servicios dentales y materiales no pagados por mi plan de beneficios dentales a menos que lo prohíba la ley o el tratamiento o practica dental tenga un acuerdo contractual con mi plan que prohíba todo o parte de por ley. Doy mi consentimiento para su uso y divulgación de información de salud protegida para llevar a cabo actividades de pago en relación con este reclamo.*

**Sus respuestas son solo para registros de la oficina y son confidenciales. Un historial médico completo es esencial para una evaluación completa de ortodoncia. Para las siguientes preguntas, marque sí, no o no se (NS).**

**S N NS**

- ¿Defectos de nacimiento o problemas hereditarios?
- ¿Fracturas de hueso o lesiones graves?
- ¿Alguna lesión en la cara, cabeza, cuello?
- ¿Artritis o problemas en las articulaciones?
- ¿Problemas endocrinos o de la tiroides?
- ¿Diabetes o azúcar baja?
- ¿Problemas renales?
- ¿Cáncer, tumor, radioterapia o quimioterapia?
- ¿Úlcera estomacal, hiperacidez, reflujo ácido?
- ¿Problemas con el sistema inmunológico?
- ¿Historia de osteoporosis?
- ¿Gonorrea, sífilis, herpes, enfermedades de transmisión sexual?
- ¿SIDA o VIH positivo?
- ¿Hepatitis, ictericia u otros problemas hepáticos?
- ¿Polio, mononucleosis, tuberculosis, neumonía?
- ¿Convulsiones, desmayos, problemas neurológicos?
- ¿Alteración de la salud mental o depresión?
- ¿Problemas de visión, audición o habla?
- ¿Historia de trastorno alimentario (anorexia, bulimia)?
- ¿Presión arterial alta o baja?
- ¿Sangrado excesivo o moretones, anemia?
- ¿Dolor en el pecho, dificultad para respirar, se cansa fácilmente, tobillos hinchados?
- ¿Defectos cardíacos, soplo cardíaco, enfermedad cardíaca reumática?
- ¿Angina, arteriosclerosis, accidente cerebrovascular o ataque al corazón?
- ¿Trastorno de la piel (aparte del acné común)?
- ¿Come una dieta bien balanceada?
- ¿Dolores de cabeza o migrañas frecuentes?
- ¿Infecciones frecuentes de oídos, resfriados, infecciones de garganta?
- ¿Asma, problemas de sinusitis, fiebre del heno?
- ¿Condición de amígdalas o adenoides?
- ¿Respira frecuentemente por la boca?

**¿Ha tenido alergias o reacciones a alguno de los siguientes?**

**S N NS**

- Anestésicos locales (novocaína, lidocaína, xilocaína)
- Látex (guantes, globos)
- Aspirina
- Ibuprofeno (Motrin, Advil)
- Penicilina
- Otros antibióticos
- Metales (joyería, broches de ropa)
- Acrílicos
- Polen
- Animales
- Alimentos
- Otras sustancias \_\_\_\_\_

**Historia Dental**

**Ahora o en el pasado, has tenido:**

**Y N DK**

- ¿Eliminaron los dientes permanentes o extra (supernumerarios)?
- ¿Dientes supernumerarios (extra) o congénitamente faltantes?
- ¿Dientes primarios o permanentes astillados o lesionados?
- ¿Algún diente sensible o adolorido?
- ¿Sangrado de las encías, mal sabor o mal olor de boca?
- ¿Fracturas de la mandíbula, quistes, infecciones?
- ¿Dientes tratados con conductos radiculares o pulpotomías?
- “¿Encías hierve”, úlceras bucales frecuentes o herpes labial?
- ¿Historial de problemas del habla o terapia del habla?
- ¿Dificultad para respirar por la nariz?
- ¿Comida impactada entre los dientes?
- ¿El hábito de respirar por la boca o roncar por la noche?
- ¿Hábitos orales frecuentes (chuparse el dedo, masticar bolígrafo, etc.)?
- ¿Dientes que causan irritación en los labios, mejillas o encías?
- ¿Tragar de forma anormal (empuje con la lengua)?
- ¿Moler/Rechinar o apretar los dientes?
- ¿Hace clic, bloquear las articulaciones de la mandíbula?
- ¿Dolor en los músculos de la mandíbula o en la cara?
- ¿Zumbidos en los oídos, dificultad para masticar o abrir la mandíbula?
- ¿Alguna vez ha sido tratado por problemas de “TMJ” o “TMD”?
- ¿Hay rellenos rotos o faltantes?
- ¿Algún problema grave asociado con un tratamiento dental anterior?
- ¿Le han diagnosticado alguna vez enfermedad de las encías o piorrea?
- ¿Alguna vez ha tenido una consulta o tratamiento de ortodoncia antes de ahora?

**He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la oficina.**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o parte responsable: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

\* Puede negarse a firmar este reconocimiento\*

---

Estoy de acuerdo en que Orthodontic Specialists pueda comunicarse conmigo electrónicamente en la dirección de correo electrónico a continuación.

**Soy consciente de que existe un cierto nivel de riesgo de que terceros puedan leer correos electrónicos sin cifrar.**  
Soy responsable de proporcionar a la práctica dental cualquier actualización a mi dirección de correo electrónico.

Puedo retirar mi consentimiento a las comunicaciones electrónicas llamando al 435-673-9661.

Correo electrónico: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Firma del paciente o parte responsable: \_\_\_\_\_

---

**AUTORIZACION PARA FOTOGRAFIA/VIDEO**

Entiendo que Orthodontic Specialists quiere utilizar fotos de mí o de mi hijo, que pueden ser publicadas en publicaciones del Orthodontic Specialist envíos directos, encartes, sitios web, y otros medios relacionados promocionales.

Consiento por este medio y le doy permiso a Orthodontic Specialists para coger fotografías y/o imágenes de video digitales de mi y para usar y publicar tal fotografías juntas con cualquier subtítulo o material descriptivo, incluyendo mi nombre, que Orthodontic Specialists puede escoger, para anuncios, publicidad, o cualquier otro propósito en Orthodontic Specialists envíos directos, encartes e otros medios relacionados promocionales o en cualquier otra publicación o manera que Orthodontic Specialists autorice.

Declino cualquier derecho a inspeccionar o aprobar las imágenes acabadas o cualquier impreso o material electrónico en las que se usen, al igual que declino el derecho a ser compensado/a por las imágenes.

Libero a Orthodontic Specialists y sus empleados de y desde deudas, reclamaciones, y responsabilidad de cualquier tipo sugiriendo de o en conexión con el uso de las fotografías, el uso de mi nombre y el uso de subtítulos o material descriptivo inmediatamente después.

Nombre del Nino/Nina: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o parte responsable: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_