

**1. Informacion del Paciente**

Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:		
_____	_____	_____		
Fecha de Nacimiento:	Sexo:	Estado Marital:		
_____	<input type="radio"/> Dama <input type="radio"/> Varon <input type="radio"/> Otro	<input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> casado		
Calle y numero:	Apt./Unit #:	Ciudad:	Estado:	Codigo Zip:
_____	_____	_____	_____	_____
Celular:	Casa:	Trabajo:		
_____	_____	_____		
Email:	Metodo de contacto preferido:			
_____	<input type="radio"/> Celular <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Trabajo <input type="radio"/> Email			

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

Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:		
_____	_____	_____		
Fecha de Nacimiento:	Sexo:	Estado Marital:		
_____	<input type="radio"/> Dama <input type="radio"/> Varon <input type="radio"/> Otro	<input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> casado		
Calle y numero:	Apt./Unit #:	Ciudad:	Estado:	Codigo Zip:
_____	_____	_____	_____	_____
Celular:	Casa:	Trabajo:		
_____	_____	_____		
Email:	Metodo de contacto preferido:			
_____	<input type="radio"/> Celular <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Trabajo <input type="radio"/> Email			

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

fuelle 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?
_____	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> 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	
<hr/>			
Relacion del paciente con el asegurado <input type="radio"/> Prop <input type="radio"/> Conyugue <input type="radio"/> Hijo <input type="radio"/> Otro	Nombre del asegurado	Telefono del Asegurado	Fecha de nacimiento del asegurado
<hr/>			
Direccion del asegurado (seguro dental)	Ciudad	Estado	Codigo Zip
<hr/>			

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	
<hr/>			
Relacion del paciente con el asegurado <input type="radio"/> Prop <input type="radio"/> Conyugue <input type="radio"/> Hijo <input type="radio"/> Otro	Nombre del asegurado	Telefono del Asegurado	Fecha de nacimiento del asegurado
<hr/>			
Direccion del asegurado (seguro dental)	Ciudad	Estado	Codigo Zip
<hr/>			

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:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Sangrado anormal |
| <input type="checkbox"/> Tratamientos de cancer | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Acidez o Reflujos | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza /Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Problemas Cardiacos | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Presion alta |
| <input type="checkbox"/> Sida | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica | <input type="checkbox"/> Infarto Cerebral | <input type="checkbox"/> Consumo de tabaco |
| <input type="checkbox"/> Ninguno | | |

Otro / Detalles:

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

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

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