



Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha de hoy _____

INFORMACION GENERAL

Direccion _____ Telefono de dia () _____
 Zip _____ de noche () _____
 Nombre del Padre _____ Nombre de la Madre _____
 Persona Responsable Financiera _____ Relacion _____
 Direccion de trabajo _____ Ocupacion _____
 Zip _____ Telefono de trabajo () _____
 Seguro Ortodontico _____
 Dentista _____ Medico _____ Referrido por? _____

HISTORIAL MEDICO/DENTAL

Bajo cuidado Medico No Si, Razon ? _____
 Tomando medicamentos? No Si, Cuales? _____

HISTORIAL MEDICA:

NO	SI		NO	SI		NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desorden Emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desorden de la endocrina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desorden sangriento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cargador del Virus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deficiencia de calcio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							Piezas Proteticas
							Fiebre Reumatica
							Epileptico
							Fumador
							Problemas con el habla
							Enfermedad Venerias

HA TENIDO EL PACIENTE EXPERIENCIA CON LO SIGUIENTE?

NO	SI	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abnormalidades con la cabeza or el cuello (e.g., labio o paladar, etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidentes, cirugia de la cabeza o cuello
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonido de oidos, problemas al abrir y cerar boca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor facial, dolores de cabeza, cuello tiezo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de mandibula al abrir y cerar boca

de detalles:

HABITOS:

NO	SI	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mamar dedos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Empuje de la lengua
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiracion bocal o roncar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mascar labios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rapando o apretando los dientes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Goma de mascar (Chicle)

Solo para menores y adolescentes::

			Grande	Normal	Pequeno
Tamano de paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tamano de madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tamano de padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Principio de madurez	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Cuanto tiempo? _____		
Hijo es	<input type="checkbox"/> Natural	<input type="checkbox"/> Adoptado?			
Erupcion de dientes :	<input type="checkbox"/> Temprano	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Tarde		

Razon por Consulta: _____

Previa Consulta Ortodontica? No Si Previo Tratamiento Ortodontico? No Si
 Esta usted conciente de alguna tendencia hereditaria hacia el problema ? _____
 Actitude del paciente hacia el tratamiento ortodontico: En Favor Indiferente En contra
 Espera cooperacion del paciente: Excelente Bueno Mas o Menos Malo
 Habitos de Higene Oral: Bueno Mas o Menos Malo Come dulces: Mucho Mas o Menos Poco
 Paciente toca algun instrumento musical que use la boca? _____

He respondido a toda las preguntas lo mejor que pude

Firma _____

Relacion al Paciente _____



RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE LA AISLAMIENTO

**** Usted puede rechazar firmar este Reconocimiento****

Yo, _____, he recibido una copia del aviso de esta oficina de las Prácticas de la Aislamiento.

Imprima el nombre del paciente o Padre/Guardian del paciente del menor

Firma

Fecha

Para El Uso De la Oficina Solamente

Procuramos obtener el reconocimiento escrito del recibo de nuestro aviso de las prácticas de la aislamiento, pero el reconocimiento no podría ser obtenido porque:

- Individuo rechazo firmar
- Barreras de las comunicaciones nos prohibio obtener el reconocimiento
- Una situacion de emergencia nos evitó que obtuviéramos el reconocimiento
- Otro (Especifique Por favor)
