



CHEQUEAR UNO:
Seguro Privado: _____
HMO: _____
Medicaid: _____
No Seguro: _____
Otro: _____

INFORMACION DEL PACIENTE:

Fecha: _____
Nombre del paciente: _____ Apodo: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ SS # _____
Dirección: _____ Estado: _____ Ciudad: _____ C.P. _____
Teléfono casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____ Otro: _____
Correo electrónico: _____

PERSONA RESPONSABLE POR LA CUENTA:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ S.S. #: _____
Dirección: _____ Estado: _____ Ciudad: _____ C.P. _____
Fecha de nacimiento: _____ Teléfono casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____
Empleador: _____ Ocupación: _____

SEGUNDA PERSONA RESPONSABLE POR LA CUENTA:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ S.S. #: _____
Dirección: _____ Estado: _____ Ciudad: _____ C.P. _____
Fecha de nacimiento: _____ Teléfono casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____
Empleador: _____ Ocupación: _____

INFORMACION DE ASEGURANZA

Asegurado: _____ Asegurado SS # _____ No. de Grupo: _____
Compañía de seguro: _____ Fecha de Nacimiento del asegurado: _____
Numero telefónico de la Compañía de seguro: _____
Tiene más de una compañía de aseguranza? Si _____ No _____ Si responde que si: _____
Asegurado: _____ Asegurado SS # _____ No. de Grupo: _____
Compañía de seguro: _____ Fecha de Nacimiento del asegurado: _____
Numero telefónico de la Compañía de seguro: _____

Razón por la Consulta: _____
Quien le refirió: _____
Dentista: _____ Teléfono: _____
Última visita dental: _____

HISTORIA MÉDICA

Salud del paciente: Pobre _____ Regular _____ Buena _____ Excelente _____
Doctor de cabecera: _____ Teléfono: _____ Fecha del ultimo chequeo físico: _____
El paciente esta tomando algún medicamento en estos momentos? _____
Es el paciente alérgico a algún medicamento? _____
El paciente tiene frecuentes catarros, infecciones de oídos o de garganta? _____
Adenoides o amígdalas han sido removidas? _____

Defectos de nacimientos: _____
 El paciente ha alcanzado la pubertad? _____ Hembras: Periodo menstrual? _____
 Varones: Cambios en la voz? _____
 Tiene algún historial de enfermedades mayores? _____
 Esta bajo algún tratamiento medico? _____
 Esta embarazada? _____

CIRCULE (Si) OR (No) Si el paciente tiene o ha tenido lo siguiente:

Asma	S N	Diabetes	S N
Anemia	S N	Mareos	S N
Artritis	S N	Epilepsia	S N
Sangramiento anormal	S N	Fiebre de heno	S N
Problemas óseos	S N	Soplo de corazón	S N
Transfusiones de sangre	S N	Problemas de corazón	S N
Bronquitis	S N	Herpes	S N
Diarreas persistentes	S N	Hepatitis/ Problemas de hígado	S N
Problemas genéticos de corazón	S N	Presión arterial Alta/ Baja	S N
Convulsiones	S N	HIV / SIDA	S N
Reemplazo de articulaciones	S N	Ataque fulminante/ Stroke	S N
Hiperactividad	S N	Problemas de riñones	S N
Neumonía	S N	Úlcera	S N
Toz persistente	S N	Fiebre reumática	S N
Fiebre escarlatina	S N	Problemas mentales o nerviosos	S N
Tumor o Cáncer	S N	Problemas con el sistema inmune	S N
Enfermedades de transmisiones Sexuales	S N	Sinusitis	S N

Ha sido notificado por algún medico que debe PREMEDICARSE antes de cualquier tratamiento dental? _____
 Tiene algún problema medico que no hemos mencionado? Explique _____

HISTORIA DENTAL

El paciente ha tenido una evaluación de Ortodoncia o tratamiento? _____
 Nombre del Ortodoncista: _____
 Cuantas veces al día se cepilla los dientes? _____
 Ha recibido algún golpe en la cara o en los dientes? _____
 Se chupa o se ha chupado el dedo? _____ Hasta que edad? _____
 Tiene problemas de pronunciacion? _____
 Respira por la boca mientras duerme o despierto? _____
 Le han informado de algún diente que le falte o que tenga extra? _____
 Bruxismo? Si _____ No _____ En la noche _____ En el día _____
 El paciente toca algún instrumento musical con la boca? _____

Beneficios de la ortodoncia: Estética, salud, y función. La Ortodoncia es un servicio que ofrece una mejora en la apariencia de los dientes, en la función general de los dientes y salud dental en general. Molestia articular, acortamiento de la raíz se observan en un pequeño porcentaje de los dientes cambio he leído y entendido este párrafo. Tengo entendido también que mis registros para el diagnóstico y mi nombre sea utilizado con fines educativos y publicitarios. Sinceramente he contestado a todas las preguntas anteriores y estoy de acuerdo con informar a esta oficina de cualquier cambio en mi historial médico o dental. Por otra parte, autorizo al Dr. Luis J. Rodríguez para llevar a cabo una completa evaluación ortodóntica.

Firma: _____

Date: _____

Nombre: _____

Date: _____

Firma de los padres: _____

Date: _____

PF-2000 Reconocimiento del Recibo de Aviso de Practicas de Privacidad

LUIS J. RODRIGUEZ, DMD, MS reserva el derecho de modificar las practicas de privacidades explicadas en este aviso.

Firma

Yo he recibido una copia del aviso de Prácticas de Privacidad mediante **LUIS RODRIGUEZ, DMD, MS**

Nombre del Paciente (escribo o imprima)

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Representante del Paciente
(Requerido si el paciente es menor o un adulto incapacitado para firmar esta forma)

Relación del Representante del Paciente con el Paciente