

FECHA: _____

Información De Partido Responsable Confidencial

Nombre Completo _____ Estado Civil _____
 Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____
 Residencia _____ Compra Renta
 Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Dirección de Envío _____ Correo Electronico _____
 Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Cuanto tiempo en esta dirección _____ Dirección Anterior _____
 (si menos de 3 años) Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____
 Telefono de Casa _____ Numero de Trabajo _____ Numero de Celular _____
 Numero de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Relación a Paciente _____
 Empleador _____ Ocupación _____ Numero de años Empleado _____
Nombre de Cónyuge _____ Relación a Paciente _____
 Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____
 Empleador _____ Ocupación _____ Numero de años Empleado _____
 Numero de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Relación a Paciente _____

Información de Paciente Confidencial

Nombre de Paciente Completo _____
 Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____
 Dirección _____
 Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Telefono de Casa _____ Fecha de Nacimiento _____ Numero de Seguro Social _____
 Si el paciente es un menor, dé el nombre del padre o guardian _____ Escuela _____
 Dentista General de Paciente _____ A quien le agradecemos por referir usted a nuestra oficina? _____
 Emos visto algun más en su familia antes? _____ Deser así quien: _____
 Nombre de persona en caso de emergencia _____ Direccion/Numero Tel. _____
 Dirección de correo electronic para acceso en línea y recibir recordatorios vía correo electro: _____

Información de Seguro Dental (No Seguro Medico)

Nombre de Suscriptor: _____ Fecha de nacimiento de Suscriptor: _____ Numero de Seguro de Suscriptor _____
 Empleador/Nombre de Grupo: _____ ID de Suscriptor: _____ Relación a Paciente: _____
 Dirección de casa de Suscriptor: _____ Telefono de Suscriptor: _____
 Compañía de Seguro: _____ Numero de telefono de seguro: _____
 Dirección de Compañía de seguro: _____ Numero de Grupo. _____

Tiene doble cobertura? (SERGURO SECUNDARIO) NO SÍ De ser asi:
 Nombre de Suscriptor: _____ Fecha de nacimiento de Suscriptor: _____ Numero de Seguro de Suscriptor _____
 Empleador/Nombre de Grupo: _____ ID de Suscriptor: _____ Relación a Paciente: _____
 Dirección de casa de Suscriptor: _____ Telefono de Suscriptor: _____
 Compañía de Seguro: _____ Numero de telefono de seguro: _____
 Dirección de Compañía de seguro: _____ Numero de Grupo. _____

Entiendo que los informes de crédito apropiados serán obtenidos. Autorizo Derby Orthodontics de realizar un examen y rayos X para el tratamiento.
 Certifico que la información en esta forma es complete y verdadera al mejor de mi conocimiento.
 Firma (Firma de padre sí paciente es menor) _____ Nombre de letra _____
 Actualización (Fecha Y Initials) _____

(Voltear)

Información Medica de Paciente

El Paciente tiene algun problema de habla, sí es asi esta recibiendo terapia? NO SÍ
Tiene las anginas extraidas el paciente? NO SÍ
El paciente actualmente esta bajo cuidado medico o algún medicamento? NO SÍ Nombre de Doctor: _____
De ser así, qué? _____
Alguna vez el paciente a tenido una reacción extraña a cualquier medicamento? NO SÍ De ser así, qué? _____
Requiere el paciente algún medicamento antes de algún procedimiento dental? NO SÍ De ser así, porqué? _____
Ha tenido el paciente cualquiera de lo siguiente?
[1] Artritis [10] Diabetes [19] Cirugia [26] Osteoporosis
[2] Anemia [11] Resfriado Frecunte [20] Tuberculosis [27] Tomando Bisphosphonates?
[3] Problema de desangar [12] Asma [21] Problema de Corazon
[4] Epilepsia [13] Fiebre Reumática [22] Desequilibrio Hormonal o de Tiroides
[5] Desorden Nervioso [14] Deficiencia Inmune [23] Algún otro problema medico serio?
[6] Hiperactividad [15] Ulceras [24] Ha tenido alguna vez una conmoción? NO SÍ
[7] Hepatitis [16] Herpes/Facial-Oral [25] Usted es active en deportes? NO SÍ
[8] Enfermedad Venérea [17] Alergias De ser así, qué deporte? _____
[9]ALERIA DE LÁTEX [18] ALERGIA AL METAL/NÍQUEL

POR FAVOR SEÑALE TODO LO QUE SE APLICA:

- Válvul cardiaca protésica o material protético usado para reparación de válvul cardiac.
- Enfermedad Cadiaca Congénita enfermedad cardíaca Congénita y cyanotic no arreglado, incluso el paliativo desví y conductos; defecto de corazón congénito completamente reparado con material protésico o dispositivo, si colocado por cirugia o por intervencion de catéter, durante los 6 primeros meses después del procedimiento y reparado con defectos residuales en el sitio o adyacente al sitio de un remiendo protésico o dispositivo protésico.
- Recipiente de transplante cardíacos que desarrollan valvulopati cardíaco.

Patient Dental History

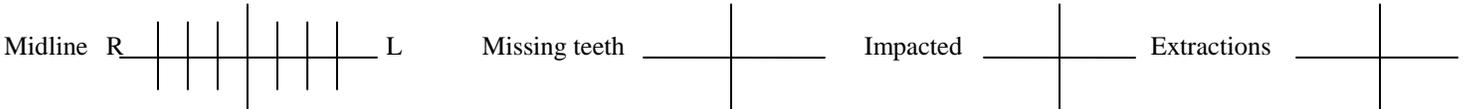
Dentista General de Paciente: Dr. _____
El paciente actualmente se chupa el dedo o dedos? NO SÍ
El paciente respira mayormente por la boca? NO SÍ
Ronca el paciente a menudo? NO SÍ
Ha recibido alguna vez el paciente un golpe severo que causo la herida a los dientes o mandíbula? NO SI
De ser así, escriba fecha y detalles _____
Muele el paciente sus dientes por la noche? NO SÍ
En el pasad, el paciente alguna vez se quejó de (Favor de Círcular) chasquido regidez dolor en la mandíbula o músculos de la boca?
Episodios cuándo la mandibula no se cierra normalmente? NO SÍ
Dolor o incomodidad del oido? NO SÍ
Dolores de cabeza, el cuello, o dolor de espalda? NO SÍ
De ser así, escriba fecha y detalles _____
Ha tenido alguna vez el paciente tratamiento orthodontic o llevado puesto un retenador antes? NO SÍ
Se opondria el paciente de el uso de aplicaciones orthodonticas de ser indicados? NO SÍ
Qué es la preocupación primordial de el pardre o paciente?

USO DE OFICINA SOLAMENTE

HIPAA CONSENT SIGNED

Date: _____ Patient name: _____ Adult present: _____
Records: Pano _____ Ceph _____ Pics _____ Model# _____

Diagnosis: Buccal x-bite Anterior x-bite
Class _____ OJ _____ OB _____ X-Bite _____
Upper spacing _____ mm Lower spacing _____ mm
Upper crowding _____ mm Lower crowding _____ mm



EXBO/SURGERY: _____ Surgeon: _____ Send Disc

Notes: _____
Tx Plan: OBS1 OBS2 OBS3 OBS4 Limited Tx-Up/Lo ULA/LLA Ph 1 Full Tx-HERB RPE APP _____ Full Tx w/surgery Invisalign

1st Insurance Benefit: _____ pd @ _____ % 2nd Insurance Benefit: _____ pd @ _____ %
Est Tx Time _____ mos Dis: _____ ICFD _____ FAM _____ PRO _____ COUR _____ PIF