Bienvenidos a nuestra oficina. Nuestra meta es asegurarnos que su cita sea agradable y educativa. We strive to do our best to enable you to have a beautiful smile that lasts a lifetime.

Informacion Del Paciente:

Nombre:_____
Apellido Nombre Inicial Media

Fecha de Nacimiento:_____/_____/_____ Edad:_____ Sexo: • M • F Apodo:_____

Direccion:_____
Ciudad Estado Codigo Postal

Numero de Casa#:_____ Numero de Trabajo #:_____ Celular #:_____

Empleador Y Direccion:_____
Ciudad Estado Codigo Postal

Seguro Social#:____/____/_____CORREO ELECTRONICO PARA RECUERDO DE CITAS:_____

Contacto de Emergencia? _____Relacion:_____ Celular#:_____
Apellido Nombre

Dentista:_____ Oficina:_____Ultima Visita con Ellos:_____

Nombre de amigo/familiar actualmente en nuestra practica:_____

Como se Entero de Nosotros? • Website/Google • Miembro Familiar • Amigo/Companero de trabajo • Otro_____

Razon por su visita: _____

Persona Responsible (Si es menor de edad)

Nombre :_____
Apellido Primer Inicial Media
Direccion:_____

_____
Ciudad Estado Codigo Postal
Telefono de Casa #:_____

Telefono de Trabajo #:_____

Celular #:_____

Empleador:_____

Direccion:_____

_____
Ciudad Estado Codigo Postal

Nombre :_____
Apellido Primer Inicial Media
Direccion:_____

_____
Ciudad Estado Codigo Postal
Telefono de Casa #:_____

Telefono de Trabajo#:_____

Celular #:_____

Empleador:_____

Direccion:_____

_____
Ciudad Estado Codigo Postal

Informacion de Aseguranza

Verificacion de sus beneficios ortodonticos

Nombre:_____ Fecha de Nacimiento:____/____/_____
Apellido Nombre Inicial Media

Titular del Seguro:_____ Fecha de Nacimiento:____/____/_____
Apellido Nombre Inicial Media

Relacio al Paciente:_____ Seguro Social del Titular #:_____

Nombre de Aseguranza:_____ Numero de Telefono : _____

Direccion de
Reclamaciones:_____
Ciudad Estado Codigo Postal

ID #:_____ Groupo #:_____

Limitacion de Edad:_____Preautorizacion Requerida:_____ Deductible:_____

(LT) Covertura: $_____a_____%_____Periodo de Espera:_____Co-Pay:_____

Forma de Pago: Automatico del Plan/Bill - Una Vez / Mensual / Trimestral / Semi-Anual / Anual

Asegurado Primario o Secundario Cordinacion de Beneficios: Si / No / Standard

Disclaimer:

The information on this form serves only to document that we have verified that you currently have orthodontic benefits, by contacting your insurance company. It does not guarantee that your insurance company will actually pay the claim. Your insurance company will not officially process any claims until after treatment is initiated. As a courtesy to all of our patients, we provide the service of filling claims and accepting payments directly from insurance companies. This deferment of expenses is a courtesy and does not abdicate the patient of the responsibility for payment of the claim if the insurance carrier fails to pay. If payment from an insurance company is not received within 3 months following submission of the claim, then the account balance will be transferred to the patient account and it will become due immediately.

Firma: _____ Fecha:_____

Historial Medico

Crecimiento y Desarollo

Problemas de aprendizaje, comportamiento, nervios excesivos, o comunicacion?	Si	No
Asesoramiento Psicologico en el pasado o considerado en el futuro?	Si	No
Problemas con Crecimiento Fisico?	Si	No

Systema Nervioso Central

Historia de Paralisis Cerebral, convulsiones, desmayos, o Perdida de conciencia?	Si	No
Trastorno Sensorial: problemas de vision o audicion?	Si	No

Sistema Cardiovascular

Historia de enfermedad al Corazon, O dano cardiaco?	Si	No
Alguna vez a sido recomendado o sufrido algún tipo de cirugía al corazón?	Si	No
Historia de dolor de pecho o presion alta?	Si	No

Sistema Hematopoyético y Linfático

Alguna vez a recivido transfusion de sangre o de Otros productos?	Si	No
Sangra frecuentemente de la nariz, o sangra mas de lo que sebe con cortadas pequenas?	Si	No
Mas susceptible a infectiones que lo normal?	Si	No
Historia de glandulas inchadas?	Si	No

Sistema Respiratorio

Historia de neumonia, asthma, Problemas sinusales, difilcudad para respirar?	Si	No

Sistema Gastrointestinal

Historia de problemas de estomago, intestino o problemas de higado?	Si	No
Historia de Hepatitis?	Si	No
Historia de desorden alimenticio, Ejemplo: anorexia nervosa or bulimia?	Si	No
Historia de Perdida involuntaria de peso?	Si	No

Sistema Geritourinario

Historia de infeccion del tracto urinario, o problemas del rinon?	Si	No
Is the patient pregnant or possibly pregnant?	Si	No

Sistema Endocrino

Historia de diabetes?	Si	No
Historia de trastorno de tiroides?	Si	No

Piel

Historia de problemas de la piel, herpes labial, o dolores de garganta?	Si	No

Extremidades

Limitacion de uso de brazos o piernas?	Si	No
Arthritis o Problemas Comunes?	Si	No
Debilidad Muscular?	Si	No

Alergias

Alergia a alguna medecina? (Lista de Medicamentos)	Si	No
History hay fever, hives, or skin rashes?	Si	No
Is the patient known to be allergic to latex?	Si	No

Otro

Please circle Yes or No to indicate which of the following that the patient has now, has recently been exposed to, or has had in the past:

Alcoholismo/Abuso de Sustancias?	Si	No
Turbeculosis?	Si	No
Abnormalidad de Huesos?	Si	No
Bruxing?	Si	No
Epilepsia?	Si	No
Osteoporosis?	Si	No
Cancer?	Si	No
Problemas Endocrinos?	Si	No
Adenoides?	Si	No
TMJ / TMD?	Si	No
Infeccion de las vias respiratorias altas?	Si	No
Enfermedades de transmisión sexual (SIDA/HIV Herpes Genitales, Gonorrea, Sifilis, O Otro)	Si	No

Porfavor liste todos los medicamentos que esta tomando el paciente o cualquier medicamento que toma el paciente ocasionalmente incluyendo medecinas sin receta/aspirinas:

_____

_____

Porfavor liste otras condiciones medicas, o enfermedades

_____

_____

_____

Eh contestado todas las preguntas segun entendido
En la fecha indicada:

_____

Firma de Persona Responsable Fecha: