

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 _____

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 Trimmell & Anders 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 Iniciales)

Información Médica de Paciente

El paciente tiene algún problema de habla, sí es así esta recibiendo terapia? NO SÍ
 Tiene las anginas extraídas 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 Frecuente [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:

- Válvula cardíaca protésica o material protésico usado para reparación de válvula cardíaca.
- Enfermedad Cardíaca Congénita enfermedad cardíaca Congénita y cianotic no arreglado, incluso el paliativo desvía y conductos; defecto de corazón congénito completamente reparado con material protésico o dispositivo, si colocado por cirugía o por intervención de catéter, durante los 6 primeros meses después del procedimiento reparado con defectos residuales en el sitio o adyacente al sitio de un remiendo protésico o dispositivo protésico.
- Recipiente de transplante cardíaco que desarrollan valvulopatía cardíaca.

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 pasado, el paciente alguna vez se quejó de (Favor de Circular) chasquido regidez dolor en la mandíbula o músculos de la boca?
 Episodios cuándo la mandíbula no se cierra normalmente? NO SÍ
 Dolor o incomodidad del oído? 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 retenedor antes? NO SÍ
 Se opondría el paciente de el uso de aplicaciones orthodonticas de ser indicados? NO SÍ
 Qué es la preocupación primordial de el padre o paciente?

USO DE OFICINA SOLAMENTE

HIPAA CONSENT SIGNED

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

Comments: _____

Diagnosis: _____ Buccal x-bite

Class _____ OJ _____ OB _____ X-Bite _____ Anterior x-bite

Upper spacing _____ mm Lower spacing _____ mm

Upper crowding _____ mm Lower crowding _____ mm

Midline R | | | | | | | | | | L Missing teeth | | | | | | | | | | Impacted | | | | | | | | | | Extractions | | | | | | | | | |

LTR: Expose & Bo: _____ Surgery: _____

Notes: _____

Tx Plan: Recall Limited Tx-Up/Lo ULA/LLA Ph I Full Tx Full Tx w/surgery Invisalign Red/White/Blue

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