

# werner orthodontics

Nos gustaría darle la bienvenida a nuestra consulta. En un esfuerzo por ofrecerle el mejor servicio posible, le rogamos que rellene este formulario de la forma más completa posible. Le agradecemos su colaboración.

## Datos del paciente

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Enacimiento \_\_\_\_\_  
First Middle Last  
Apodo \_\_\_\_\_ Hombre Mujer  
Tel. casa \_\_\_\_\_ Tel. móvil \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_  
Dir. postal \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Zip \_\_\_\_\_  
Calle  
Empleador \_\_\_\_\_ Dir. del empleador \_\_\_\_\_  
Profesión \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
Odontólogo general \_\_\_\_\_ ¿Cómo conoció nuestra oficina? ? \_\_\_\_\_  
¿Hemos atendido a otro miembro de su familia?  SÍ  NO Si afirmativo, Nombre \_\_\_\_\_  
Primero Segundo Apellido  
¿Cuáles son las principales preocupaciones que le gustaría resolver con su visita al ortodoncista? \_\_\_\_\_  
¿Ha visitado antes a un ortodoncista?  SÍ  NO Si afirmativo, ¿por qué motivo? \_\_\_\_\_  
¿Hay algo que le gustaría comentar con el médico en privado?  SÍ  NO

## Datos del seguro

Estado civil  Soltero/a  Casado/a  Viudo/a  Divorciado/a  Separado/a  Pareja de hecho

### Principal

Nombre aseguradora \_\_\_\_\_ Insurance Company Phone \_\_\_\_\_  
Dirección aseguradora \_\_\_\_\_ Grupo o plan \_\_\_\_\_  
Nombre asegurado \_\_\_\_\_ F. nac. asegurado \_\_\_\_\_  
Parentesco \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_  
Empleador del asegurado \_\_\_\_\_ Dirección empleador \_\_\_\_\_

### Secundario

Nombre asegurado \_\_\_\_\_ Teléfono aseguradora \_\_\_\_\_  
Dirección aseguradora \_\_\_\_\_ Grupo o plan \_\_\_\_\_  
Nombre asegurado \_\_\_\_\_ F. nac. asegurado \_\_\_\_\_  
Parentesco \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_  
Empleador del asegurado \_\_\_\_\_ Dirección empleador \_\_\_\_\_

## Historial médico y dental

¿Está usted actualmente bajo el cuidado de un médico? SÍ NO Si afirmativo, ¿por qué motivo? \_\_\_\_\_

Médico \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_

¿Antecedentes de enfermedades graves? SÍ NO Si afirmativo, descríbalos \_\_\_\_\_

¿Alguna sensibilidad o alergia? SÍ NO Si afirmativo, indíquela \_\_\_\_\_

¿Toma actualmente algún medicamento? SÍ NO Si afirmativo, indíquela \_\_\_\_\_ Cantidad/Dosis \_\_\_\_\_

¿Ha recibido tratamiento por alguno de los siguientes motivos?

Artritis	Trastornos	Cáncer	Epilepsia	Trastorno nervioso	Tuberculosis
Asma	sanguíneos	Diabetes	Cardiopatía	Hipertensión	

¿Necesita antibióticos antes de un tratamiento dental? SÍ NO Si afirmativo, descríbalos \_\_\_\_\_

¿Ha sufrido lesiones en la cara, la boca o la barbilla? SÍ NO

¿Ha tenido alguna vez dolor o sensibilidad en la articulación de la mandíbula (ATM/TMD)? SÍ NO

¿Tiene/tuvo alguno de los siguientes hábitos?

Rechinamiento de dientes	Chuparse el dedo/el pulgar	Empuje lingual
Respiración bucal crónica	Problemas del habla	Problemas de masticación/alimentación

## Firma

**Entiendo que la información que he proporcionado es correcta según mi conocimiento, que se llevará a cabo en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en el estado médico.**

**Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con la reclamación al seguro. Consiento al examen por el doctor y autorizo el pago de cualquier prima de seguro a la oficina.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_