

**Dres. Levy, DeMarco y Tilkin, P.A.**  
**Ortodoncista para Niños y Adultos**

¡Bienvenidos a nuestra práctica! Sería nuestro placer cuidarlo y darle la sonrisa de su vida.

**Nombre del paciente** \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_

Titulo \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono de casa ( ) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Dentista general \_\_\_\_\_ Fecha de última visita \_\_\_\_\_ Médico \_\_\_\_\_

¿ A Quién podemos dar las gracias por referirlo a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

¿ Hemos tratado a algún hermano o pariente suyo aquí? ¿Quién? \_\_\_\_\_

Algún interés o pasatiempo especiales \_\_\_\_\_

**Pacientes 18 años o mayor:** Ocupación \_\_\_\_\_ Teléfono de la oficina ( ) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Nombre del esposo (si aplicable) \_\_\_\_\_

**Los pacientes menores de 18:** La escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

**Nombre del padre** \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Titulo \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono de casa ( ) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono de la oficina ( ) \_\_\_\_\_

**Nombre de la madre** \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Titulo \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono de casa ( ) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono de la oficina ( ) \_\_\_\_\_

Estado Marital de los padres \_\_\_\_\_

¿ Relación de la madre con el niño? Biológico \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_ ¿ Relación del padre con el niño? Biológico \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**Historia Médica y Dental**

¿Tiene el paciente ahora o tiene una historia de cualquiera de los siguiente?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| _____ alergias al medicamentos                 | _____ incapacidades                              | _____ respirar de boca                             |
| _____ alergias al látex, plástico o metal      | _____ dolores de cabeza frecuentes               | _____ problemas del habla/la terapia               |
| _____ artritis (los desórdenes de hueso)       | _____ <b>murmulo del corazón</b> /la enfermedad, | _____ chupar/dedo/pulgar de labio, el empuje de    |
| _____ asma (los desórdenes de respiración)     | _____ HDP/los defectos                           | _____ lengua                                       |
| _____ cancer                                   | _____ hemofilia (los desórdenes sangrientos)     | _____ alergias de entorno (polvo, el césped, etc)  |
| _____ el labio hendido/paladar                 | _____ enfermedades o la exposición               | _____ lesiones en la boca, la cabeza o los dientes |
| _____ convulsiones/epilepsia                   | _____ contagiosas a TB/hepatitis/la              | _____ incapacidad                                  |
| _____ diabetes                                 | _____ enfermedad venérea/las                     | _____ peder or dientes permanentes extras          |
| _____ problemas emocionales                    | _____ SIDA/transfusiones de sangre               | _____ chasquear/las coyunturas dolorosas de        |
| _____ el endocrino/tiroides/los problemas del  | _____ problemas del riñon o el hígado            | _____ mandíbula                                    |
| _____ crecimiento                              | _____ cirugía/las operaciones                    | _____ enfermedad de periodontal/la cirugía         |
| _____ resfriados frecuentes/las infecciones de | _____ apretar/moler de dientes                   |  |
| _____ ordo                                     |  |  |

Si el paciente está bajo el cuidado de un médico o toma cualquier medicina, explique por favor la condición y liste las medicinas:

¿Cual es su preocupacion primaria y las esperanzas con respecto a su o el tratamiento de el niño? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido evaluaciones ortodontistas previas? \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN FINANCIERA**

Persona(s) responsables de la cuenta \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

¿Tiene usted seguro dental? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Tiene cobertura ortodontista? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre de la primera compañía de seguro \_\_\_\_\_ Número del grupo \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía del seguro \_\_\_\_\_ Número de telefono ( ) \_\_\_\_\_

Nombre del dueño de la polisa \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número del seguro social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre de la segunda compañía de seguro \_\_\_\_\_ Número del grupo \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía del seguro \_\_\_\_\_ Número de telefono ( ) \_\_\_\_\_

Nombre del dueño de la polisa \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número del seguro social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

**HE RECIVIDO UNA COPIA DE EL ACTO DE PRIVACIDAD DE ESTA OFICINA**

Firma \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Por favor de su Tarjeta de Seguro, Nuveo Paciente Forma y la Referencia a la recepcionista - Gracias**