

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? _____

Algun 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) | _____ murmulo del corazón /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 nino? _____

¿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