



Fecha: \_\_\_\_\_

*¡Bienvenido! Nuestra especialidad es crear sonrisas y para lograrlo, nosotros tratamos a las personas, no solo los dientes. Nosotros nos preocupamos por su salud en general y por eso le agradecemos su tiempo en completar su historia medica.*

### Informacion Del Paciente

Nombre del Paciente _____	Apodo _____		
<small>Apellido</small>	<small>Primer Nombre</small>	<small>Segundo Nombre</small>	
Direccion _____	_____	_____	_____
<small>Calle</small>	<small>Ciudad</small>	<small>Estado</small>	<small>Codigo Postal</small>
Telefono De Casa _____	Cellular _____	Fecha de Nacimiento _____	Edad _____
Si el paciente es menor favor de suministrar el nombre de los padres o guardian _____			
Escuela _____			
Hermanos/Hijos: Nombre/Edad _____		Nombre/Edad _____	
Como supo de nuestra oficina? _____			

### Informacion De la persona Responsable

Nombre _____	_____	_____	
<small>Apellido</small>	<small>Primer Nombre</small>	<small>Segundo Nombre</small>	
Residencia _____	_____	_____	_____
<small>Calle</small>	<small>Ciudad</small>	<small>Estado</small>	<small>Codigo Postal</small>
Direccion donde recibe su correspondencia _____	_____	_____	_____
<small>Calle</small>	<small>Ciudad</small>	<small>Estado</small>	<small>Codigo Postal</small>
Cuanto tiempo lleva en esta direccion _____	Telefono de Casa _____	Telefono de Trabajo _____	
Numero de Seguro Social _____	Fecha de Nacimiento _____	Relacion con el Paciente _____	
Lugar de Trabajo _____	Ocupacion _____	Años Empleado _____	
Nombre de la esposa/o _____	Fecha de Nacimiento _____		
Lugar de Trabajo de la esposa/o _____	Numero de Seguro Social de la esposa/o _____		
Años Empleado _____	Ocupacion _____	Telefono de Trabajo _____	

### Informacion Del Seguro (Ortodoncia)

Nombre del Asegurador _____	Numero de identificacion/Numero de seguro social _____
Lugar de trabajo del asegurado _____	Fecha de Nacimiento del Asegurado _____
Nombre de la compañía de seguro _____	#de grupo _____
Direccion de la compañía de seguro _____	Numero de Telefono _____

## Historia Medica

Medico Primario \_\_\_\_\_ Fecha de la ultima visita \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Favor de indicar Si o No (Si la respuesta es Si explique con detalles)

Si  No  Esta tomando algun medicamento? \_\_\_\_\_

Si  No  Es alergico(a) ha algun medicamento? \_\_\_\_\_

Si  No  Tiene o ha tenido alguna enfermedad grave? Que enfermedad(es)? \_\_\_\_\_

Si  No  Es alergico(a) al Niquel o al Latex? \_\_\_\_\_

Si  No  Ha tenido algun tipo de operacion grave? Que operacion(es)? \_\_\_\_\_

Si  No  Ha tenido algun accidente grave? \_\_\_\_\_

### Favor de marcar si a tenido o tiene alguna de estas condiciones medicas

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sangramiento Anormal/Hemofilia  | <input type="checkbox"/> Diabetes                  | <input type="checkbox"/> Hepatitis/Problemas en el Higado | <input type="checkbox"/> Neumonia                |
| <input type="checkbox"/> Anemia                          | <input type="checkbox"/> Mareos                    | <input type="checkbox"/> Herpes                           | <input type="checkbox"/> Sangramiento prolongado |
| <input type="checkbox"/> Artritis                        | <input type="checkbox"/> Epilepsia                 | <input type="checkbox"/> Presion alta                     | <input type="checkbox"/> Radiaciones/Kimoterapia |
| <input type="checkbox"/> Asma o fiebres altas            | <input type="checkbox"/> Desorden gastrointestinal | <input type="checkbox"/> HIV+/ AIDS                       | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica        |
| <input type="checkbox"/> Desorden en los huesos          | <input type="checkbox"/> Problemas del corazon     | <input type="checkbox"/> Problemas en los riñones         | <input type="checkbox"/> Tuberculosis            |
| <input type="checkbox"/> Defectos congenitos del corazon | <input type="checkbox"/> Soplos en el corazon      | <input type="checkbox"/> Desorden nervioso                | <input type="checkbox"/> Tumor or Cancer         |

Tiene alguna condicion medica que no aparesca anteriormente y que el Dr. necesite tener en cuenta?  
\_\_\_\_\_

## Historia Dental

Dentista \_\_\_\_\_ Fecha de la ultima visita \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Cual es su preocupacion acerca de sus dientes? \_\_\_\_\_

Si  No  Visita al dentista regularmente? \_\_\_\_\_

Si  No  Presenta actualmente algun dolor dental? \_\_\_\_\_

Si  No  Alguna vez ha tenido una reaccion desfavorable a un tratamiento dental ? \_\_\_\_\_

Si  No  Alguna vez ha perdido o dañado algun diente? \_\_\_\_\_

Si  No  Ha tenido o tiene algun daño en la cara, boca, o dientes ? \_\_\_\_\_

Si  No  Es alguna parte de su boca sensible a temperaturas ? \_\_\_\_\_

Si  No  Le sangra las encias cuando se cepilla? \_\_\_\_\_

Si  No  Tiene algun habito con la lengua o con el dedo pulgar? \_\_\_\_\_

Si  No  Respira por la boca? \_\_\_\_\_

Si  No  Ha visto alguna vez a un ortodoncista ? \_\_\_\_\_

Si  No  Alguien de la familia a recibido tratamiento de ortodoncia? \_\_\_\_\_

Como se sintieron con los resultados? \_\_\_\_\_

Cual es su actitud hacia recibir tratamiento de ortodoncia? \_\_\_\_\_

Si  No  Siente incomodidad en lo dientes o en la mandíbula cuando se levanta? \_\_\_\_\_

Si  No  Siente algun sonido en su mandíbula al abrir la boca? \_\_\_\_\_

Si  No  Presiona sus dientes durante el dia? \_\_\_\_\_

Si  No  Padece de Bruxismo? \_\_\_\_\_

Si  No  Padece de fuertes dolores de cabeza? \_\_\_\_\_

Si  No  Ha tenido alguna vez algun ruido cronico en sus oidos? \_\_\_\_\_

Si  No  Esta conciente que algunas de las citas pueden ser durante el horario de clases o trabajo? \_\_\_\_\_

## Beneficios de la Ortodoncia:

### Estética, Salud y Función

La Ortodoncia es un servicio que proporciona una mejoría en la apariencia, función de los dientes y en general, en la salud dental. Los dientes, encia y la mandíbula son una parte intrincada del cuerpo que pueden fallar no respondiendo al tratamiento. Si usted no practica una buena higiene oral, como resultado se presentarán caries y encias inflamadas. Reduccion de la raiz acompañado de molestias se ha observado en un pequeño porcentaje de casos. Los dientes pueden cambiar al pasar los años y pueden sufrir movimientos despues de haber recibido tratamiento. Despues de haber leído y entendido el párrafo anterior, estoy conciente que mi diagnostico y registro de mi nombre puede ser utilizado con fines educativos y promocionales. He respondido con sinceridad a todas las preguntas anteriores y estoy de acuerdo en informar a esta oficina cualquier cambio medico o dental. Autorizando asi al Dr Vakani a realizar una completa evaluacion de ortodoncia.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/o Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha