

Como escuchaste de nuestra practica, o Quien te refirió a nosotros? _____
 Que quieres cambiar de tu sonrisa? Cuál es tu mayor preocupación? _____
 El Dr. Helm ha visto a algún miembro de su familia? S N Si es el caso, lista de nombres: _____

Información del Paciente

Nombre: _____ M F
APELLIDO PRIMERO SEGUNDO (Inicial)
 Apodo: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: _____
 Escuela: _____
 Teléfono casa: _____ Celular: _____
 Domicilio: _____
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL
 Correo Electrónico (Escribir claro) _____

Información de Persona Responsable (si aplicable)

Madre Madrastra Otro _____
 Estado civil: Soltera Casada Divorciada Separada Viuda
 Tiene custodia legal del paciente? S N
 Usted es responsable por la cuenta del paciente? S N
 Nombre: _____
APELLIDO PRIMERO SEGUNDO (Inicial)
 Fecha de Nacimiento: ___/___/___ NSS: ___-___-___ No. Licencia: _____
 Empleador: _____ Título: _____
 Teléfono casa: _____ Celular: _____
 Domicilio: _____
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL
 Correo Electrónico (Escribir claro) _____

Información de Aseguranza

PRIMARIA
 Compañía de Aseguranza: _____
 Nombre del Subscriptor: _____
APELLIDO PRIMERO SEGUNDO (Inicial)
 NSS/ID #: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

SECUNDARIA
 Compañía de Aseguranza: _____
 Nombre del Subscriptor: _____
APELLIDO PRIMERO SEGUNDO (Inicial)
 NSS/ID #: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Tienes Colorado Medicaid? S N Medicaid ID #: _____
 * Todas aseguranzas deben ser anotadas para una estimación de beneficios exactos

Historia Dental

Dentista General: _____ Cuantos Años? _____
 Ultima limpieza/examen: ___/___/___ Trabajo dental? S N
 Haz tenido una consulta de ortodoncia? S N
 Daños a la cara, boca, dientes o barbilla? S N
 Hay dolor/adolorido en la mandíbula (TMJ/TMD)? S N
 Ha sido diagnosticado con enfermedad periodontal/perdida de hueso? S N
 Las encías sangran cuando se cepilla o usa el hilo dental? S N
 Hay hábitos de dedos en la boca/dedo pulgar o lengua? S N
 Aprieta o rechinan los dientes? S N

Padre Padrastro Otro _____
 Estado civil: Soltero Casado Divorciado Separado Viudo
 Tiene custodia legal del paciente? S N
 Usted es responsable por la cuenta del paciente? S N
 Nombre: _____
APELLIDO PRIMERO SEGUNDO (Inicial)
 Fecha de Nacimiento: ___/___/___ NSS: ___-___-___ No. Licencia: _____
 Empleador: _____ Título: _____
 Teléfono casa: _____ Celular: _____
 Domicilio: _____
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL
 Correo Electrónico (Escribir claro) _____

Indicador de Crecimiento (solamente para pacientes menores de 16 años)

Ha empezado la pubertad? (Niñas a empezado la menstruación?) S N
 Ha cambiado el tamaño de zapato últimamente del paciente? S N

Historia Médica

Tienes Dr. Primario? S N Nombre del Dr.: _____ Teléfono: _____ Estas en buena salud? S N
 Estas tomando medicamento recetado o sin receta? S N Si es el caso, enlista: _____
 Alguna vez ha recibido tratamiento Bisfosfonate u otro medicamento para los huesos? S N Si es el caso, tipo y fecha: _____
 Tiene alergias (medicamento, látex, metales, plásticos, etc.) S N Porfavor enlista: _____
 Fuma Tabaco? S N Fuma marihuana? S N Frecuencia: _____
 Ha tenido o tiene algunas de las siguientes condiciones médicas?

| | | | | | | | |
|---|---|------------------------------|---|---------------------------------|---|-------------------------------|---|
| Huesos/coyunturas/válvulas Artificiales | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Desordenes de comer | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Desordenes del Corazón | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Problema Psiquiátrico | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| Artritis/Dolor de coyunturas | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Problemas Emocionales | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Hepatitis | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Ronquidos/Apnea de sueño | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| Asma/ Enfermedad Respiratoria | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Desordenes de Endocrina | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Presión Alta/Baja | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Problemas del Habla | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| Desordenes de Sangre | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Epilepsia/Convulsiones | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Hospitalizado (Cualquier razón) | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| Desordenes de Huesos/ Osteoporosis | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Ampollas de fiebre/Herpes | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Desordenes de Riñón | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Desordenes de Tiroides | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| Cáncer/Tumores | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Reflujo Gástrico/ GERD | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Dificultad de Aprendizaje | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Debilitación de Visión | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| Terapia de Quimo/ Radiación | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Anormalidades de Crecimiento | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Desordenes del Hígado | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Requiere pre-medicacion antes | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| Síndromes Craneofacial | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Sida/VIH | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Desordenes Nerviosos | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | de procedimientos dentales | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Deterioro de oído | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Embarazada (al presente) | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Otro: _____ | |

Si marco algún si, favor de explicar: _____
 Hay algún comportamiento, condición emocional o problemas que el Dr. Helm debería saber para dar mejor servicio a su niño/a?
 ADHD/ADD PDD Desorden De Autismo Desorden De Ansiedad Desorden Sensorial Otro: _____

* Por favor discutir con Dr. Helm cualquier circunstancia familiar, situaciones escolares, problemas médicos o psicológicos no cubiertos arriba que puedan afectar el tratamiento

Autorización

-La información de arriba es verídica y correcta a mi mayor entendimiento. Yo entiendo que es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio medico/historia dental.
 -Yo autorizo compartir información medica/ dental a mi dentista, especialista dental, proveedor de salud, compañía aseguradora dental. Esto incluye transmitir fotos / rayos x vía correo electrónico.
 -Yo autorizo al Dr. Helm y a su personal para hacer los procedimientos necesarios para una examinación de ortodoncia completa.

FIRMA DEL PACIENTE (MAYOR DE 18 AÑOS) O PERSONA RESPONSABLE

FECHA