

Bienvenidos
Confidencial

Dr. Michael P. Bucharth Jr. DMD, P.S.C

Fecha: _____

Sobre el Paciente

Apellido: _____

Nombre: _____

Segundo Nombre: _____

Como te gustaria que te
Llamemos? _____

Sexo: ___ Masculino ___ Femenino

Fecha de Nacimiento: Mes ___ Dia ___ Ano ___

Direccion: _____

Cuidad _____ Estado ___ Codigo Postal _____

Casado(a) ____, Soltero(a) ____, Estudiante _____

Telefono _____ / _____
Casa Trabajo

A quien le damos las gracias por tu visita
_____ / _____

Nombre de tu Dentista: _____

Fecha de tu ultima visita: _____

Seguro para Orthodoncia

Si _____ No _____

Nombre de la Compania: _____

Direccion: _____

Telefono: (____) _____

Nombre del Asegurado: _____

Relacion: _____

Fecha de Nacimiento: _____

No. de ID en la tarjeta: _____

Empleador del asegurado: _____

**EN CASO DE UNA EMERGENCIA A
QUIEN CONTACTAMOS?**

Nombre: _____

Relacion: _____

Telefonos: (____) _____

Persona Responsable de la cuenta

Nombre: _____

Telefono: (____) _____

Direccion: _____

Cuidad: _____ Estado: ___ Codigo: _____

Relacion: _____

No. de Identificacion: _____

Donde Trabajas: _____

Telefono: (____) _____

Sobre tu Salud

Tienes un medical general?

Si _____ No _____

Nombre del Medico: _____

Telefono: (____) _____

Fecha de tu ultima visita medico? _____

Eres alergico a ciertas medicinas?

Si _____ No _____

Cuales? _____

Historia sobre tu Salud

Estas fisicamente de buen salud? Si No

Estas bajo el cuidado de un medico actualmente? Si ____ No ____

Explica _____

Estas tomando alguna medicina recomendada o por tu cuenta? Si ____ No ____

Cual _____

Si eres mujer tomas pastillas anticonceptiva?
Si No

Estas esperando un Bebe? Si ____ No ____

Estas mamantando al Bebe? Si ____ No ____

HAS PADECIDO DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

S / N Anemia? Tratamiento de radiation S
/ N Huesos artificiales / coyunturas S / N
Valvulas artificiales
S / N Asthma/ Artritis
S / N Transfuciones de sangre
S / N Cancer / Quimioterapia
S / N Defecto congenital del corazon S
/ N Diabetes/ Tuberculosis
S / N Dificultad respirando
S / N Drogas/ Abuso Alcoholica S
/ N Emfisema/ Glaucoma
S / N Epilepsia / Ataques/ Desmayos S
/ N Herpes labiales
S / N Ataques al Corazon / Derames cerebrales
S / N Murmuro en el corazon
S / N Cirugia de Corazon/ Markapaso S
/ N Sagrado/ Sagrado Anormales S /
N Hepatitis
S / N Presion alta o baja
S / N HIV / Sida
S / N Hospitalizado por alguna razon S
/ N Problemas del Rinon
S / N Prolapso de la valvula Mitral S
/ N Problemas Psychiatrico
S / N Rheuma/ Fibre Rheumatica
S / N Dolores de cabeza frecuente o severos S
/ N Sarampion
S / N Sinusitis
S / N Ulceras / Colitis
S / N Enfermedades venerias
TIENES ALGUNA CONDICION MEDICA LO CUAL
NECESITAMO SABER ?

ERES ALERGICO A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS?

S / N Aspirina S / N Anestitica Dental S/
N Penicilina S/ N Metal o Plastico S /
N Eruthromicina S / N Tetraciclina S / N
Codeina S / N Latex
S / N Otro

Nombre de algun otro medicamento lo cual eres alergico?

Que te molesta de tus Dientes ?

Historia Dental

Alguna vez has visitado un Orthodontista ?
Si ____ No

Has tenidos serios complicaciones asociados con tratamiento dental? Si ____ No ____ Has tenido problemas con tu mandibula?

TMJ / TMD Si No _____

Tu salud Dental es ? Buena Regular ____ Pobre _____

Te gusta tu sonrisa/ Si ____ No _____

Tienes algun fractura en la boca o dientes
Si ____ No _____

Problemas en articular las palabras?

Respiras por la boca/ Si ____ No
Despierto(a) _____ Dormido(a)

Te faltan dientes permanentes o tienes de mas
Si ____ No

Yo entiendo que toda la information que he expresado hoy es correcta y verdadero. Tambien entiendo que esta information es confidencial y es mi responsabilidad reportar algun cambio medico a esta oficina. Yo autorizo al personal dental de esta oficina rendirme el tratamiento necesario durante mis visitas con mi consentimiento previo. Para obtener fianciamiento me van hacer un chequeo de mi habilidad de credito.

Firma Paciente _____

Persona Responsable _____