

BIENVENIDOS

Los beneficios de una sonrisa saludablemente contenta son inconmensurable!

Una sonrisa bella es un activo maravilloso.

IRONBOUND



B R A C E S

POR FAVOR DE COMPLETAR EL FORMADO. *Cuanto mejor podamos comunicarnos, cuanto mejor podamos cuidar de usted.*

SOBRE USTED

Fecha hoy: ____/____/____

NOMBRE: _____

Primer M Apellido

Prefiero ser llamado: _____

Usted es: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado

Correo Electrónico: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Número de Seguridad Social: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código Postal

de Casa: (____) # de Celular: (____)

del trabajo: (____) # de licencia: _____

Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____

Numero

Ciudad Estado Código Postal

Ocupación: _____ Cuanto tiempo? _____

Donde y cuando son los mejores tiempo para contactarlo? _____

Quien debemos agradecerle por refiriéndote? _____

Otros familiares visto por nosotros? _____

Dentista General: _____ Ultima Visita: ____/____/____

INFORMATION DE SU PAREJA

Nombre: _____

Primer M Apellido

Empleador: _____

del trabajo: (____) ext: _____

Seguridad social: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

PERSONA RESPONSABLE POR LA ACUENTA

Nombre: _____

del trabajo: (____) # de casa: (____)

Dirección de envío: _____

Ciudad Estado Código Postal

Relación: _____ Seguridad social: _____

Empleador: _____

SEGURO ORTODÓNTICO

Primaria

Cobertura Ortodontica: Sí No Cobertura Dental: Sí No

Nombre de la compañía del seguro: _____

Dirección de la compañía del seguro: _____

Numero

Ciudad Estado Código Postal

de teléfono de la compañía del seguro: _____

de grupo(plan, local, o # de póliza): _____

Nombre del asegurado: _____ Relation: _____

Fecha de nacimiento del asegurado: _____

de ID del asegurado: _____

Empleador del Asegurado: _____

Secundaria

Cobertura Ortodontica: Sí No Cobertura Dental Sí No

Nombre de la compañía del seguro: _____

Dirección de la compañía del seguro: _____

Numero

Ciudad Estado Código Postal

de teléfono de la compañía del seguro: _____

de grupo(plan, local, o # de póliza): _____

Nombre del asegurado: _____ Relation: _____

Fecha de nacimiento del asegurado: _____

de ID del asegurado: _____

Empleador del Asegurado: _____

En el evento de una emergencia, hay una persona que nosotros podamos contactar que viva cerca de usted?

Nombre _____ Relación: _____

de celular: (____) # de trabajo: (____)

Empleador: _____

CONTINUAR ATRAS →

HISTORIA MÉDICA

Usted tiene un médico personal? Si No

Nombre del médico: _____

de teléfono: (____) _____ Fecha de la última visita: ____/____/____

Su salud física actual es: Bueno Justa Pobre

Está actualmente bajo el cuidado de un médico? Si No

Por favor explique: _____

Está tomando medicamentos/medicamentos de venta libre? Si No

Lista de medicamentos: _____

Dama: Está tomando una forma de control de la natalidad? Si No

Está Embarazada? Si (semana #: _____) No

Está amamantando? Si No

Alguna vez a tenido las siguientes enfermedades o problemas médico?

- | | | | |
|--|---|----------------------|---|
| Sangrado anormal: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Hemofilia: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Anemia: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Hepatitis: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Huesos/Articulacion/Válvulas artificial: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Presión Alta/Baja: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad venerea: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | VIH/SIDA: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Transfusión de sangre: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Hospitalizado: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer/Quimioterapia: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Problemas del riñón: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Defecto cardiaco congénito: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Diabetes: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Prolapso de la válvula mitral: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Dificulta respirar: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Problemas psiquiátrica: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Glaucoma: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Tratamiento de radiación: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Herpes: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Abuso de droga/alcohol: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfisema: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Fiebre Reumática/Escarlatina: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Ampolla de fiebre: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Dolor de cabeza Severo/Frecuente: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Problemas de sinusitis: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Soplo Cardíaco: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Epilepsia/Incautación/Desmayo: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Úlcera/Colitis: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Ataque al Corazón/Derrame Cerebral: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Cirugía de corazón: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad de celula faciforme: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Asma/Artritis: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

Por favor denos una lista de cualquier condición medico severo que usted ha tenido:

Es alérgico a alguno de los siguientes?

- | | |
|-----------------------|---|
| Aspirina: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Algún metal/plástico: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Codelna: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Anestesia Dental: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Eritromicina: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Latex: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Penicilina: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Tetraciclina: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

Por favor indique algunas otras drogas/materiales que usted sea alérgico ha:

HISTORIA DENTAL

Cuales son sus preocupaciones principales que usted quiere que ortodoncia logre? _____

Sido evaluado o tenido tratamiento ortodóntico? Si No

Ha tenido un problema serio/difícil asociado con un trabajo dental previo? Si, por favor explique: _____ No

Ahora tiene o tenido experiencia de dolor/incomodidad en su mandíbula o articulación? Si No

Su salud dental actual es: Bueno Justa Pobre

Le gusta su sonrisa? Si No Encías sangran? Sí No

Ha tenido heridas en su: Boca Dientes Barbilla Usted

Tiene problemas de lenguaje? Si No

Generalmente respira por su boca? Si No

Si circulo si, ocurre cuando: esta despierto esta dormido

Tiene dientes permanentes perdidos o extra? Si No

Usted fuma o usa alguna forma de tabaco? Sí No

.....

Yo entiendo que la información que he dado hoy es correcto a lo mejor de mi conocimiento. También entiendo que esta información será retenida la confianza más estricta y es mi responsabilidad de informar a esta oficina de algunos cambios en mi estado médico. Yo autorizo el personal dental de realizar cualquier servicio dental necesario que yo necesitaré durante el diagnóstico y tratamiento con mi consentimiento informado.

Firma Fecha

Esta oficina reserva el derecho de verificar el estatus crédito del paciente y/o padres de pacientes antes de extender crédito por tarifas de tratamiento y puede, a la discreción de la oficina, usar los servicios de uno o más servicios de reportando créditos.

Firma Fecha

Yo autorizo el pago de beneficios dentales de acuerdo con mi póliza de seguro actual para Ironbound Braces, LLC para servicios profesionales prestados. Yo comprendo que yo soy responsable para el pago y también responsable para cualquier copago y deducibles que mi seguro no cubre.

Firma Fecha

Yo reconozco que yo he recibido un aviso de práctica de privacidad de Ironbound Braces, LLC.

Firma Fecha

Nuestra oficina es compatible con HIPAA y se comprometo a cumplir y suportar los estándares de control de infecciones exigidos por OSHA, CDC, y el ADA.

USO DE OFICINA SOLAMENTE/OFFICE USE ONLY
I verbally reviewed the medical/dental information above with the patient named herein. Initials: _____ Date: ____/____/____
Doctor's Comments: _____