

Formulario de Historial Médico

Detalles Del Paciente

Fecha:	Nombre:	Apellido:
Nombre Preferido:	Sexo:	Fecha de nacimiento:
Edad:	Dirección:	Ciudad:
Estado:	Codigo Postal:	Número de Casa:

Colaboramos activamente con las escuelas y la comunidad local para crear alianzas positivas. Para generar un impacto significativo, indique a qué escuela asiste su hijo(a).

Escuela (si es estudiante): Si no corresponde, escriba "N/A"	Grado:	Estado Civil:
Empleador:	Ocupación:	Número de Trabajo:
Correo Electrónico:	Número Celular:	Numero de Seguro Social:

Nombre del Dentista:	Fecha de la última limpieza dental:
----------------------	-------------------------------------

¿Ha sido examinado(a) anteriormente por un ortodoncista?

☐ Sí

☐ No

Si la respuesta es sí, ¿por quién?	Fecha:
------------------------------------	--------

¿Cuál es la principal preocupación del paciente con respecto a su sonrisa?

¿Qué fue lo que le motivó a llamarnos?

¿Tiene familiares o amigos que actualmente estén o hayan estado bajo nuestro cuidado?

Nombre y edad de los hermanos(as):

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN. SI NO LO ES, PASE A LA SECCIÓN DEL SEGURO DENTAL.

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE O TUTOR 1

Nombre:	Dirección (si es diferente de la del paciente):	Cuidad:
Estado:	Codigo Postal:	Número de Casa:
Número de Trabajo:	Número de Celular:	Fecha de Nacimiento:
Numero de Seguro Social:	Empleador:	Dirección del Empleador:
Cuidad:	Estado:	Codigo Postal:

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE O TUTOR 2

Nombre:	Dirección (si es diferente de la del paciente):	Cuidad:
Estado:	Codigo Postal:	Número de Casa :
Número de Trabajo:	Número de Celular:	Fecha de Nacimiento:
Numero de Seguro Social:	Empleador:	Dirección del Empleador:
Cuidad:	Estado:	Codigo Postal:
Si hay un divorcio de por medio, ¿quién tiene la custodia del menor?	¿Se puede dar la información del paciente al padre o madre que no tiene la custodia?	

SEGURO DENTAL

¿Tiene cobertura para tratamiento de ortodoncia?

☐ Sí ☐ No

Nombre de la Compañía de Seguro Principal:	Dirección:	Cuidad:
Estado:	Codigo Postal:	Número de Teléfono:
Número de Póliza Grupal:	Número de Identificación:	Nombre del Asegurado(a):

Relación al Paciente:	Fecha de Nacimiento del Asegurado(a):	Seguro Social del Asegurado(a):
Empleador del Asegurado:	Nombre de la Compañía de Seguro Complementario:	Dirección:
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Número de Teléfono:	Número de Póliza Grupal:	Número de Identificación:
Nombre del Asegurado(a):	Relación al Paciente:	Fecha de Nacimiento del Asegurado(a):
Seguro Social del Asegurado(a):	Empleador del Asegurado:	

INFORMACIÓN GENERAL

¿Cómo prefiere recibir los recordatorios de citas?

- ☐ Texto: (pueden aplicar cargos)
- ☐ Correo Electrónico:
- ☐ Teléfono:

Como escuchó de nuestra oficina?

- ☐ Dentista
- ☐ Google
- ☐ Paciente
- ☐ Facebook
- ☐ Instagram
- ☐ Otro:

Si es otro, por favor explique

PERSONA RESPONSABLE

Persona Responsable de la Cuenta:	Fecha de Nacimiento:	Relación con el Paciente:
Si el paciente es menor de edad, ¿tiene la custodia legal?		
☐ Sí	☐ No	
Dirección de Facturación:	Ciudad:	Estado:
Codigo Postal:	Número de Teléfono:	Número de Trabajo:
Empleador:	Correo Electrónico del Paciente:	Correo Electrónico de Mamá:
Correo Electrónico de Papá:	Otro:	

HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

Por favor, verifique si el paciente tiene o ha tenido:

- ☐ NINGUNO
- ☐ Sangrado Prolongado
- ☐ Problemas del Sistema Inmunitario
- ☐ Enfermedad/Trastorno Cardíaco
- ☐ Soplo Cardíaco
- ☐ Prolapso de la Válvula Mitral
- ☐ Trastornos Óseos
- ☐ Enfermedad de Transmisión Sexual
- ☐ Diabetes
- ☐ Amígdalas o Adenoides Extirpadas
- ☐ Problemas del los Senos Nasales
- ☐ Problemas de la Tiroides/Paratiroides
- ☐ Desmayos/Mareos
- ☐ Glaucoma
- ☐ Presión Arterial Alta
- ☐ Reemplazo Articular o Implantes
- ☐ Fiebre Reumática
- ☐ Aumento/Pérdida de Peso Reciente
- ☐ Hepatitis o Enfermedad Hepática
- ☐ Tumores/Crecimientos
- ☐ Amigdalitis
- ☐ Asma/Fiebre del Heno
- ☐ Lesión Cerebral
- ☐ Problemas Emocionales
- ☐ Presión Arterial Baja
- ☐ Anemia/Trastornos Sanguíneos
- ☐ Artritis
- ☐ VIH/Sida
- ☐ Enfermedad Renal
- ☐ Tratamiento Contra el Cáncer
- ☐ Dolores de Oído
- ☐ Problemas Respiratorios
- ☐ Convulsiones
- ☐ Atención Psiquiátrica

¿Es alérgico(a) o ha tenido alguna reacción alérgica a alguno de los siguientes productos?

- ☐ NINGUNO
- ☐ Medicamentos Sulfonamidas (Sulfas)
- ☐ Anestésicos Locales (por ejemplo, Novocaína)
- ☐ Metales (por ejemplo, níquel, mercurio, etc.)
- ☐ Penicilina (u otros antibióticos)
- ☐ Látex (caucho)
- ☐ Otros (por favor, indique cuáles a continuación)

En los artículos marcados como “Sí”, por favor proporciónenos una descripción más detallada:

Enumere todos los medicamentos o fármacos que está tomando actualmente:

¿El paciente está actualmente bajo el cuidado de un médico?

- ☐ Sí
- ☐ No

Motivo (si respondió “Sí”):

¿Alguna vez le han indicado que debe tomar medicamentos preventivos antes de las citas dentales?

- ☐ Sí
- ☐ No

Motivo (si respondió “Sí”):

Nombre del Médico:

AUTORIZACIÓN

ASIGNACIÓN DE SEGURO Y DESCARGO

He leído y entiendo las preguntas anteriores. No responsabilizaré a mi ortodoncista ni a ningún miembro de su personal por los errores u omisiones que haya cometido al completar este formulario. Entiendo que esta información se mantendrá en la más estricta confidencialidad y que es mi responsabilidad informar a este consultorio sobre cualquier cambio en mi estado de salud. Por la presente, autorizo la divulgación de todos los registros médicos del paciente mencionado anteriormente al dentista, médico u otro profesional de la salud que lo haya referido, así como de la información y los registros necesarios para procesar reclamaciones de seguro. Autorizo la divulgación de información financiera con fines de cobro y transferencia de registros. Autorizo que las pruebas diagnósticas necesarias y cualquier tratamiento de ortodoncia que se considere necesario sean realizados por el Dr. Boggan y/o sus asociados de Orthodontics South, PC, o bajo su dirección. Doy mi permiso para que durante el tratamiento se actualicen fotografías, radiografías o modelos de estudio y para que estos se utilicen en exhibiciones en nuestro consultorio, en nuestro sitio web, en reuniones científicas, presentaciones y publicaciones de carácter científico, o con fines de grupos de estudio para contribuir al avance de la ortodoncia. Por la presente, autorizo a Orthodontics South, PC o a otra empresa externa a obtener la información crediticia necesaria con el propósito de evaluar las opciones de pago. Lamentamos informar que no podemos aceptar decretos de divorcio como asignación de responsabilidad por la cuenta de ortodoncia de un menor. Autorizo al ortodoncista a

remodelar cualquier diente que presente una forma irregular y a realizar, según su criterio, radiografías de progreso o tomar registros adicionales. El padre o madre que acompañe al menor deberá pagar por los servicios y solicitar cualquier reembolso al otro progenitor. Yo, el abajo firmante, acepto pagar los honorarios de abogados y otros costos de cobranza en caso de que sea necesario recurrir a servicios legales para obtener el pago de esta cuenta.

Firma (Firma de Paciente, Padre o Guardian)

Relación con el Paciente:

Date: