



CHATTAHOOCHEE
FAMILY ORTHODONTICS

Bienvenidos a Nuestra Práctica!

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Fecha de hoy: _____ Dentista del Paciente: _____
Nombre completo del paciente: _____ El apodo de niño/a: _____
Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal
Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M F SSN: ____-____-____
Escuela: _____ Grado: _____
Nombre y edades de otros niños en la familia: _____
¿Cuál es el motivo de la visita de su hijo/a? (Por favor, círculo)
Sí No Consulta Dental/Visita (Si sí, por favor completa suplemento Dental pediátrica anexa.)
Sí No Tratamiento de Ortodoncia
Si es un menor de edad, Padre o Guardián nombre: _____
¿Quién tiene la custodia legal del paciente: _____ Titular de póliza de seguro: Sí No
¿Quién podemos agradecer por referirle a nuestra oficina? _____
¿Cómo se enteró sobre nosotros? _____

INFORMACIÓN PERSONA RESPONSABLE

Nombre Completo: _____ Estado Civil: _____
Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal
¿Cuánto tiempo en esta dirección? _____ Teléfono de Casa: _____ Teléfono de trabajo: _____
Teléfono Celular: _____ Compañía de teléfono celular: _____
Correo Electrónico: _____ Número de Seguro Social: ____-____-____
Fecha de Nacimiento: _____ Relación con el Paciente: _____
Empleador: _____ Número de años empleado: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO PRIMARIO

Nombre Completo del Asegurado: _____ Número de Seguro Social: ____-____-____
Compañía de Seguro: _____ Grupo #/Póliza # _____ Teléfono: _____
Dirección de la Compañía de Seguros: _____
Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ Asegurado del Empleador: _____
Teléfono de Empleador del Asegurado: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO (si es aplicable)

Nombre Completo del Asegurado: _____ Número de Seguro Social: ____-____-____
Compañía de Seguro: _____ Grupo #/Póliza # _____ Teléfono: _____
Dirección de la Compañía de Seguros: _____
Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ Asegurado del Empleador: _____
Teléfono de Empleador del Asegurado: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Nombre de la Persona de Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____

Firma del Padre (si es menor de edad): _____

HISTORIA MÉDICA

Médico: _____ Fecha de última visita: _____ Phone: _____
 Nombre de la Práctica: _____ Dirección: _____

Por favor Círculo Sí o No (Si sí, por favor, rellene los datos.)

- Sí No Es su hijo/a en buena salud? ¿Fecha del último Examen Físico: _____
- Sí No Tiene un problema de salud ha tenido su hijo/a? _____
- Sí No Su hijo/a nunca había sido hospitalizar o tenía cualquier operación importante?
 ¿En caso afirmativo, dar razón y fecha/s: _____
- Sí No ¿Hay problemas al nacer? ¿En caso afirmativo, sírvase precisar la respuesta: _____
- Sí No Es su hijo/a tomando algún medicamento? ¿Por favor dar nombre de medicamentos, dosis y razón: _____
- Sí No Es su hijo/a alérgico a algún medicamento? _____
- Sí No ¿Su hijo/a tiene un historia de enfermedad grave? _____
- Sí No ¿Su hijo/a ha tenido algún operaciones principales? _____
- Sí No ¿Tiene su niño/a alguna vez has estado involucrado en un accidente grave? _____

POR FAVOR MARQUE si su hijo tiene o ha recibido tratamiento para cualquiera de la condiciones de salud publica y elaborar a continuación:

<input type="checkbox"/> El Sangrado Anormal	<input type="checkbox"/> Mareo	<input type="checkbox"/> Trastorno Neuromuscular
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Endocrino /Crecimiento	<input type="checkbox"/> Problemas Nerviosos
<input type="checkbox"/> Las Reacciones Adversas Medicamentos	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Personalidad / Sociales
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Alcance de la Vista	<input type="checkbox"/> Retrasos Físicos
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Infecciones Frecuentes	<input type="checkbox"/> Neumonía
<input type="checkbox"/> Asma/Fiebre de Heno	<input type="checkbox"/> Trastornos GI	<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza Recurrentes
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Problemas del Corazón	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/> Sangrado /Transfusiones	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sangrado Prolongado
<input type="checkbox"/> Desorden Sanguineo	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/> La Radiación /
<input type="checkbox"/> Trastorno Óseo	<input type="checkbox"/> Soplo del Corazón	<input type="checkbox"/> Quimioterapia
<input type="checkbox"/> Cáncer /Tumor	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Alta Presión Sanguínea	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Células
<input type="checkbox"/> Labio Leporino /Paladar Hendido	<input type="checkbox"/> Los Problemas Renales/ Enfermedad	<input type="checkbox"/> Falciformes /Rasgo
<input type="checkbox"/> Defecto Cardiac Congenito	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Lesiones Importantes
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Los Problemas del Hígado	<input type="checkbox"/> Habla /Audición
	<input type="checkbox"/> Retrasos Mentales	

Los detalles de cualquier elemento activado: _____

¿Hay otras condiciones médicas no mencionadas aquí que debemos tener en cuenta? _____

HISTORIA DENTAL

Dentista: _____ Fecha de la última visita: _____
Teléfono: _____ Dirección: _____

DENTAL PEDIÁTRICA HISTORIA-

Encierre en un círculo Sí o No (En caso afirmativo, completar los detalles.)

- Sí No Ha sido su hijo/a al dentista? Fecha de la última rayos X (si se toma): _____
Nombre del Dentista: _____ Fecha de la última visita: _____
Sí No Ha experimentado su hijo/a alguna reacción desfavorable del cuidado dental anterior?
Sí No ¿Su niño/a chupe un dedo, el dedo o el chupete?
Sí No ¿Su hijo/a tiene dolor al masticar, bostezar o amplia apertura de su boca?
Sí No ¿Tiene la mandíbula de su hijo/a a hacer ruido y dolor asociado con los sonidos?

Lo que más le preocupa acerca de sus dientes? _____

Sí No ¿Su hijo/a está experimentando ningún dolor dental? Explique: _____

Sí No ¿Su hijo/a ha perdido alguna vez o desbastada un diente? _____

Sí No ¿Ha habido alguna lesión en su boca, dientes o la cara? _____

Sí No ¿Es cualquier parte de la boca del niño/a sensible a la temperatura o la presión?

Sí No ¿Tiene las encías del bebé sangran cuando se cepillan? _____

Sí No ¿Su hijo/a tiene cualquier tipo de pulgar o la lengua hábito? _____

Sí No ¿Es su hijo/a respira por la boca? _____

Sí No ¿Ha sido su hijo/a visto un ortodoncista? _____

Sí No ¿Alguien en la familia ha recibido tratamiento de ortodoncia? _____

¿Cómo se sintieron sobre sus resultados? _____

¿Cuál es su actitud hacia la recepción de un tratamiento de ortodoncia? _____

Comentarios: _____

AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN

- He leído y respondido las preguntas anteriores en la medida de mis conocimientos.
- Autorizo a mi compañía de seguros a pagar Chattahoochee Family Orthodontics todos los beneficios de seguro de otro modo pagaderos a mí por servicios prestados.
- Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.
- Autorizo a Chattahoochee Family Orthodontics para liberar toda la información necesaria para asegurar el pago de las prestaciones.
- Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro.

Firma del Paciente o la Persona Responsable: _____

Fecha: _____

Apellido y Nombre del Paciente: _____, _____ Fecha de Nacimiento: _____

FOTO Y VIDEO DE LIBERACIÓN

Por la presente autorizo a mi hijo de imágenes capturadas durante cualquier/todos los Chattahoochee Family Orthodontics ("CFO") visitas o actividades de eventos a través de vídeo, foto, y una cámara digital, que se utilizarán exclusivamente para los fines de CFO; material promocional y publicitarios y renuncian a cualquier derecho de propiedad compensación al mismo.

Nombre del Participante (Por favor imprimir): _____ Edad: _____

Nombre del Padre /Tutor (Por favor imprimir): _____

Firma del Paciente o la Persona Responsable: _____ Fecha: _____

PERMISO DE LOS PADRES al CONSENTIMIENTO

Por favor, proporcione los nombres de las personas a las que usted dé su consentimiento para llevar a su hijo/A a las visitas al dentista. Tenga en cuenta que esta persona será capaz de dar su consentimiento para el tratamiento y será financieramente responsable de cualquier pago correspondiente a ese día de servicio.

Firma del Paciente o la Persona Responsable: _____ Fecha: _____