



Edgar Mendieta, DDS | Ortodoncista

Especialista de Ortodoncia para Niños y Adultos

3079 W. Broad St. Suite 6 Columbus, OH 43204

614 279-6481 | Fax 614 279-0199

www.OrtodonciaMendieta.com

Informacion del Paciente Adulto y Estado de Salud para Ortodoncia

Nombre del paciente: _____ Correo electrónico: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Seguro Social: _____ Sexo: H M

Dirección: _____

Teléfono de casa: (_____) _____ Calle Ciudad Estado Código Postal
Teléfono del trabajo: (_____) _____

Celular/Otro Teléfono: (_____) _____ Licencia de conducir: _____ Estado _____

Empleador: _____ Ocupación _____ Años en su trabajo _____

Dentista del paciente: _____ Fecha del último examen: _____

Médico del Paciente: _____ Fecha del último examen: _____

A quien podemos agradecer por referirle? _____

Seguro Dental: Sí _____ No _____ Cobertura de ortodoncia: Sí _____ No _____

Compania _____ Política # _____ Tel.: (_____) _____

Persona Responsable

Marque aquí si la parte responsable y el paciente son los mismos

Nombre del paciente: _____ Correo electrónico: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Seguro Social: _____ Sexo: H M

Dirección: _____

Teléfono de casa: (_____) _____ Calle Ciudad Estado Código Postal
Teléfono del trabajo: (_____) _____

Celular/Otro Teléfono: (_____) _____ Licencia de conducir: _____ Estado _____

Empleador: _____ Ocupación _____ Años en su trabajo _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono del trabajo: (_____) _____ Celular/Otro Teléfono (_____) _____

Dirección: _____ Calle Ciudad Estado Código Postal

Historia de Salud del Paciente

Si No ¿Está de buena salud? Si no, explique: _____

Si No ¿Tiene antecedentes de enfermedad grave? _____

Si No ¿Esta alérgico a algún medicamento o comida o otros? _____

Si No ¿Está tomando algún medicamento? (Por ejemplo, bis-fosfonatos) _____

Si No ¿Está actualmente bajo cuidado de un médico? _____

Si No ¿Ha sufrido alguna lesión en la cara, boca, dientes o la barbilla? _____

El Paciente ha sido Diagnosticado o Tratado por Alguna de las Siguietes:

S N Sangrado anormal	S N Paladar/Labio Hendido	S N Hepatitis, Tipo _____	S N Embarazada
S N SIDA /VIH+	S N Diabetes	S N Hemofilia, Tipo _____	S N Anemia
S N Epilepsia/Convulsiones	S N Urticaria	S N Ictericia amarilla	S N Discapacidad
S N Problemas de riñón	S N Tuberculosis (TB)	S N Asma	S N Sangre Transfusión
S N Enfermedad del corazón	S N Fiebre Reumática	S N Obstrucción nasal	S N Cáncer
S N Parálisis Cerebral	S N Soplo en el corazón	S N enfermedad de la artritis reumatoide	
S N Eliminado amígdalas	S N Alta/Baja presión de sangre	S N Cualquier Estadías en el Hospital/Cirugía	
S N Problemas de hígado	S N Problemas de Auditivas/hablar	S N Problemas Neurológicos	
S N Anemia de células falciformes	S N Problemas estomacales/intestinales		

Por favor, explique de lo anterior y cualquier otro problema médico que el paciente tiene/tuvo: _____

Historia Dental del Paciente

¿Cuáles son las principales preocupaciones que le gustaría llevar a cabo la ortodoncia? _____

Si No ¿Ha sido consultado a un ortodoncista antes? _____

En caso afirmativo, nombre del ortodoncista y la fecha? _____

Si No ¿El paciente ha sido informado de los dientes permanentes que faltan o extra? _____

Si No ¿El paciente toca un instrumento musical? Por favor lista: _____

Sí No Hábito de chupar el dedo? _____ **S N** Chupar/morder los labios? _____ **S N** Morderse las uñas? _____

Si No ¿Le truena o tiene dolor en las articulaciones de la mandíbula? _____

Si No ¿Tiene dolores de cabeza de la mandíbula, se le bloquea la mandíbula, cansancio de las mandíbulas, o tiene apertura limitada de la mandibula? _____

Si No ¿El paciente apreta o rechinar sus dientes? _____

Sí No ¿Alguno de los familiares del paciente tenía un tratamiento de ortodoncia? _____

Si No ¿El paciente sigue con el crecimiento activo? _____

Si No ¿ El paciente se cepilla los dientes diariamente? _____ **Sí No** ¿Usa el hilo dental todos los días? _____

Entiendo que la información que he puesto es correcta a lo mejor de mi conocimiento, que se quedará en la más estricta de las confidencias y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado de salud. Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con las reclamaciones de seguros. Doy consentimiento para el examen por el médico y yo autorizo el pago de los beneficios del seguro a la oficina. Yo soy responsable de todos los gastos no cubiertos por el seguro. Entiendo que en cualquier caso, la oficina puede obtener informes de mi crédito.

Firma _____ Fecha _____

Relación con el paciente _____

*** PARA USO OFICIAL SOLAMENTE ***

Class & description _____ Midline: _____ Hyg: _____

Recommendations _____

Est. Fee: _____ Considerations: _____