

**1. Informacion del Paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Dama  Varon  Otro Estado Marital:  Soltero  casado

Calle y numero: \_\_\_\_\_ Apt./Unit #: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo Zip: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Metodo de contacto preferido:  Celular  Casa  Trabajo  Email

**2. Informacion del responsable de la cuenta:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Dama  Varon  Otro Estado Marital:  Soltero  casado

Calle y numero: \_\_\_\_\_ Apt./Unit #: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo Zip: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Metodo de contacto preferido:  Celular  Casa  Trabajo  Email

**3. Informacion del segundo responsable de la cuenta (Opcional):**

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Dama  Varon  Otro Estado Marital:  Soltero  casado

Calle y numero: \_\_\_\_\_ Apt./Unit #: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo Zip: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Metodo de contacto preferido:  Celular  Casa  Trabajo  Email

**4. Como fue que escucho de nosotros o quien lo ha referido, para nosotros poder agradecerle?**

fuentes de referencia  
 Google  Dentista  Redes sociales  Publicidad en la calle  a traves de mi seguro medico

Familiar o amigo (Ingrese nombre) \_\_\_\_\_ Otro sitio de internet \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

5. Cual es su principal interes o deseo?

---

6. Ha tenido su hijo algun tratamiento de ortodoncia anteriormente?

Si  No

7. Informacion de su dentista:

Nombre del dentista: \_\_\_\_\_ a visitado su dentista en los ultimos 6 meses?:  Si  No Se ha realizado algun tratamiento? \_\_\_\_\_

8. ¿Tienes seguro de ortodoncia?

Si  No

9. Seguro medico (primario):

Nombre de la compania de seguro medico \_\_\_\_\_ Numero de poliza# \_\_\_\_\_ Numero de Grupo \_\_\_\_\_

Relacion del paciente con el asegurado \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Telefono del Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del asegurado \_\_\_\_\_  
 Prop  Conyugue  Hijo  Otro

Direccion del asegurado (seguro dental) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_Codigo Zip \_\_\_\_\_

10. Tarjeta del seguro medico (primario): Por favor tome una foto del frente y reverso de su tarjeta. En el caso de recomendar un tratamiento, la informacion de su tarjeta nos permitira separar los costos de su tratamiento de ortodoncia que estan bajo la cobertura de su plan.

11. Seguro Dental (seguro adicional):

Nombre de la compania de seguro medico \_\_\_\_\_ Numero de poliza# \_\_\_\_\_ Numero de Grupo \_\_\_\_\_

Relacion del paciente con el asegurado \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Telefono del Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del asegurado \_\_\_\_\_  
 Prop  Conyugue  Hijo  Otro

Direccion del asegurado (seguro dental) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_Codigo Zip \_\_\_\_\_

12. Tarjeta del seguro medico (Seguro adicional): Por favor tome una foto del frente y reverso de su tarjeta. En el caso de recomendar un tratamiento, la informacion de su tarjeta nos permitira separar los costos de su tratamiento de ortodoncia que estan bajo la cobertura de su plan.

13. Seleccione una de las siguientes opciones si es que su hijo tiene:

- |                                                 |                                            |                                                      |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anemia                 | <input type="checkbox"/> Asma              | <input type="checkbox"/> Sangrado anormal            |
| <input type="checkbox"/> Tratamientos de cancer | <input type="checkbox"/> Diabetes          | <input type="checkbox"/> Epilepsia                   |
| <input type="checkbox"/> Desmayos               | <input type="checkbox"/> Acidez o Reflujos | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza /Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Problemas Cardiacos    | <input type="checkbox"/> Hepatitis         | <input type="checkbox"/> Presion alta                |
| <input type="checkbox"/> Sida                   | <input type="checkbox"/> Osteoporosis      | <input type="checkbox"/> Marcapasos                  |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica       | <input type="checkbox"/> Infarto Cerebral  | <input type="checkbox"/> Consumo de tabaco           |

Otro / Detalles:

---

14. Indique si es que algunas de las condiciones aplica, si es que SI por favor explique.

- |                                                             |                                                                    |                                                                      |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chuparse el pulgar o dedos         | <input type="checkbox"/> Problemas al tragar o problemas de lengua | <input type="checkbox"/> Problemas al hablar                         |
| <input type="checkbox"/> Dientes sueltos o tapaduras rotas  | <input type="checkbox"/> Desgaste de dientes o rechina dientes     | <input type="checkbox"/> Se han removido sus amígdalas o adenoides   |
| <input type="checkbox"/> Coronas o puentes                  | <input type="checkbox"/> Tratamientos de conducto (endodoncia)     | <input type="checkbox"/> Respira por la boca                         |
| <input type="checkbox"/> Roncar al dormir                   | <input type="checkbox"/> Ha usado un protector bucal al dormir     | <input type="checkbox"/> Ha tenido enfermedades periodontales        |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades periodontales         | <input type="checkbox"/> Dolores o molestias en la boca            | <input type="checkbox"/> Lesiones en los dientes o en el rostro      |
| <input type="checkbox"/> Dolor en la mandíbula              | <input type="checkbox"/> Le suenan los huesos de la mandíbula      | <input type="checkbox"/> Molestias al abrir y cerrar la boca         |
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad o molestias al morder | <input type="checkbox"/> Dolor con lo frío, dulce o caliente       | <input type="checkbox"/> Se le almacena comida entre ciertos dientes |

Otro / Detalles:

---

15. Ha alcanzado el paciente la pubertad?

- Si  No

16. Mencione sus alergias:

	Alergia
1	

17. Mencione las medicinas que usted toma y para que las toma:

	Medicamento	Uso del medicamento
1		

18. Mencione si tiene alguna enfermedad seria o cirugías mayores

---

19. Que tratamiento a usted le interesa mas?

- Invisalign  Frenos transparentes o de metal  Retenedores

Otro / Detalles:

---

20. Si le recomendamos un tratamiento, Cuan pronto quisiera usted comenzar?

- Lo mas pronto posible  Dentro de una semana  Dentro de un mes

Otro:

---

21. Que opciones de pago a usted le gustaria considerar?

- Pagos mensuales sin intereses  Pagar tratamiento completo(incluye descuento)  HSA/FSA

Otro:

---

22. Hay algo mas que a usted le gustaria dejarnos saber antes de proceder con su visita?:

---

En pleno uso de mi conocimiento he respondido correctamente las preguntas de este formulario. Estoy conciente que es mi responsabilidad el informar a esta oficina cualquier cambio relacionado con mi salud. Autorizo la creacion de archivos necesarios para mi tratamiento de ortodoncia como tambien el uso de estos para entrenamiento y capacitacion dentro de esta oficina.

---

Firma

---

Fecha