

Bienvenidos
Confidencial

Dr. Michael P. Buchart Jr. DMD, P.S.C

Fecha: _____

Sombre el Paciente	
Apellido:	_____
Nombre:	_____
Segundo Nombre:	_____
Como te gustaria que te Llamemos? _____	
Sexo: ___ Masculino ___ Femenino	
Fecha de Nacimiento: Mes ___ Dia ___ Ano ___	
Direccion: _____	
Cuidad _____ Estado ___ Codigo Postal _____	
Casado(a) ___, Soltero(a) ___, Estudiante _____	
Telefono _____ / _____ Casa Trabajo	
A quien le damos las gracias por tu visita _____ / _____	
Nombre de tu Dentista: _____	
Fecha de tu ultima visita: _____	

Seguro para Orthodoncia	
Si _____ No _____	
Nombre de la Compania: _____	
Direccion: _____	
Telefono: (____) _____	
Nombre del Asegurado: _____	
Relacion: _____	
Fecha de Nacimiento: _____	
No. de ID en la tarjeta: _____	
Empleador del asegurado: _____	

EN CASO DE UNA EMERGENCIA A QUIEN CONTACTAMOS?	
Nombre: _____	
Relacion: _____	
Telefonos: (____) _____	

Persona Responsable de la cuenta	
Nombre: _____	
Telefono: (____) _____	
Direccion: _____	
Cuidad: _____ Estado: ___ Codigo: _____	
Relacion: _____	
No. de Identificacion: _____	
Donde Trabajas: _____	
Telefono: (____) _____	

Sobre tu Salud	
Tienes un medical general?	
Si _____ No _____	
Nombre del Medico: _____	
Telefono: (____) _____	
Fecha de tu ultima visita medico? _____	
Eres alergico a ciertas medicinas?	
Si _____ No _____	
Cuales? _____	

Historia sobre tu Salud

Estas fisicamente de buen salud? Si No

Estas bajo el cuidado de un medico actualmente? Si ____ No ____

Explica _____

Estas tomando alguna medicina recomendada o por tu cuenta? Si ____ No ____

Cual _____

Si eres mujer tomas pastillas anticonceptiva?
Si No

Estas esperando un Bebe? Si ____ No ____

Estas mamantando al Bebe? Si ____ No ____

HAS PADECIDO DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

S / N Anemia? Tratamiento de radiation S
/ N Huesos artificiales / coyunturas S / N
Valvulas artificiales
S / N Asthma/ Artritis
S / N Transfuciones de sangre
S / N Cancer / Quimioterapia
S / N Defecto congenital del corazon S
/ N Diabetes/ Tuberculosis
S / N Dificultad respirando
S / N Drogas/ Abuso Alcoholico S
/ N Emfisema/ Glaucoma
S / N Epilepsia / Ataques/ Desmayos S
/ N Herpes labiales
S / N Ataques al Corazon / Derames cerebrales
S / N Murmuro en el corazon
S / N Cirugia de Corazon/ Markapaso S
/ N Sagrado/ Sagrado Anormales S /
N Hepatitis
S / N Presion alta o baja
S / N HIV / Sida
S / N Hospitalizado por alguna razon S
/ N Problemas del Rinon
S / N Prolapso de la valvula Mitral S
/ N Problemas Psychiatrico
S / N Rheuma/ Fibre Rheumatica
S / N Dolores de cabeza frecuente o severos S
/ N Sarampion
S / N Sinusitis
S / N Ulceras / Colitis
S / N Enfermedades venerias
TIENES ALGUNA CONDICION MEDICA LO CUAL
NECESITAMO SABER ?

ERES ALERGICO A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS?

S / N Aspirina S / N Anestitica Dental S/
N Penicilina S/ N Metal o Plastico S /
N Eruthromicina S / N Tetraciclina S / N
Codeina S / N Latex
S / N Otro

Nombre de algun otro medicamento lo cual eres alergico?

Que te molesta de tus Dientes ?

Historia Dental

Alguna vez has visitado un Orthodontista ?
Si ____ No

Has tenidos serios complicaciones asociados con tratamiento dental? Si ____ No ____ Has tenido problemas con tu mandibula?

TMJ / TMD Si No _____

Tu salud Dental es ? Buena Regular ____ Pobre _____

Te gusta tu sonrisa/ Si ____ No _____

Tienes algun fractura en la boca o dientes
Si ____ No _____

Problemas en articular las palabras?

Respiras por la boca/ Si ____ No
Despierto(a) _____ Dormido(a)

Te faltan dientes permanentes o tienes de mas
Si ____ No

Yo entiendo que toda la information que he expresado hoy es correcta y verdadero. Tambien entiendo que esta information es confidencial y es mi responsabilidad reportar algun cambio medico a esta oficina. Yo autorizo al personal dental de esta oficina rendirme el tratamiento necesario durante mis visitas con mi consentimiento previo. Para obtener fianciamiento me van hacer un chequeo de mi habilidad de credito.

Firma Paciente _____

Persona Responsable _____