

NOMBRE: PRIMER: _____ SEGUNDO: _____ APELLIDO: _____ SEXO: M / F

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

E-MAIL (recordatorio de citas): _____ EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

TELÉFONO DE CASA: () _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: () _____ TELÉFONO CELULAR: () _____

PERSONA RESPONSABLE: _____ RELACIÓN CON LA PERSONA RESPONSABLE: _____

NUMERO DE S. SOCIAL DE LA PERSONA RESPONSABLE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN PARA EL ENVÍO DE LOS ESTADOS DE CUENTA (si es diferente a la de arriba): _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

¿HA SIDO ALGÚN FAMILIAR PACIENTE EN ESTA CLÍNICA? SI / NO NOMBRE: _____

¿HA UTILIZADO BRACKETS ALGUN FAMILIAR? SI / NO ¿QUIÉN FUE EL ORTODONCISTA? _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ RELACIÓN: _____ TELÉFONO: () _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

ÚLTIMA VEZ QUE VISITÓ EL CONSULTORIO DE UN DENTISTA: _____ NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____

¿A QUIEN AGRADECEMOS POR HABERLO(A) REFERIDO A NUESTRAS CLÍNICAS? NOMBRE: _____

¿DE QUE FORMA SE ENTERO DE SPECIALISTS IN ORTHODONTICS? Nombre del Amigo: _____

- | | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dentista General | <input type="checkbox"/> Paciente de Specialists in O. | <input type="checkbox"/> Pagina Web/ Internet | <input type="checkbox"/> Plan de Seguros | <input type="checkbox"/> Empleado de Specialists in O. |
| <input type="checkbox"/> Páginas Amarillas | <input type="checkbox"/> Televisión/Radio | <input type="checkbox"/> Correo Directo | <input type="checkbox"/> Su empresa | <input type="checkbox"/> Valla Publicitaria/Aviso |

SI EL PACIENTE ES UN ADULTO:

EMPLEADOR: _____

DIRECCIÓN: _____

CARGO: _____

No. DE TELÉFONO: () _____

No. DEL SEGURO SOCIAL: _____

CÓNYUGE: _____

EMPLEADOR: _____

DIRECCIÓN: _____

No. DE TELÉFONO: () _____

No. DEL SEGURO SOCIAL: _____

SI EL PACIENTE ES UN(A) NIÑO(A):

PADRE/MADRE/GUARDIAN: _____

EMPLEADOR: _____

CARGO: _____

No. DE TELÉFONO DEL TRABAJO: () _____

No. DEL SEGURO SOCIAL: _____

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) CASADO(A) SEPARADO(A) DIVORCIADO(A) VIUDO(A)

SEGURO ORTODÓNTICO PRIMARIO O PLAN PREPAGADO

ASEGURADO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EMPLEADOR: _____

COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____

TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: () _____

DIRECCIÓN: _____

No. DE PÓLIZA/GRUPO: _____

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO: _____

Si el padre/madre/guardián legal no esta encargado de pagar (Ej: Tío, tía, abuela, abuelo, etc.)

NOMBRE DEL ENCARGADO DE PAGAR: _____

EMPLEADOR: _____

CARGO: _____

No. DE TELÉFONO DEL TRABAJO: () _____

No. DEL SEGURO SOCIAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

SEGURO SECUNDARIO

ASEGURADO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EMPLEADOR: _____

COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____

TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: () _____

DIRECCIÓN: _____

No. DE PÓLIZA/GRUPO: _____

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y PAGO

AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE CUALQUIER INFORMACIÓN RELACIONADA CON ESTA RECLAMACIÓN Y COMPRENDO QUE SOY RESPONSABLE DE TODOS LOS COSTOS DEL TRATAMIENTO DENTAL. AUTORIZO EL PAGO DIRECTO A **SPECIALISTS IN ORTHODONTICS** DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO COLECTIVO PAGADEROS DE LO CONTRARIO A MÍ NOMBRE.

FIRMA DEL PACIENTE/PERSONA RESPONSABLE

FECHA

Nombre _____ No. de Cuenta _____ Fecha _____

Las siguientes preguntas se consideraron para obtener su historial médico y ayudarnos a comprender lo que quiere lograr con el tratamiento ortodóntico. Confirmaremos esta información cuando presentemos sus opciones de tratamiento.

QUE NO ME GUSTA DE MI SONRISA: _____

INFORMACIÓN MÉDICA:

¿Tiene o ha tenido alguna vez el paciente alguna(as) de las siguientes condiciones? (Por favor marque todo lo aplicable).

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Tensión Arterial Alta/Baja | <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Asma /Rinitis |
| <input type="radio"/> Fiebre Reumática | <input type="radio"/> Enfermedades Venéreas / SIDA | <input type="radio"/> Epilepsia |
| <input type="radio"/> Hepatitis / Ictericia | <input type="radio"/> Desvanecimientos / Convulsiones | <input type="radio"/> Radioterapia |
| <input type="radio"/> Problemas Cardíacos | <input type="radio"/> Úlceras Estomacales | <input type="radio"/> Artritis |

Sí No ¿El paciente requiere antibióticos antes de empezar el tratamiento?

Sí No ¿Tiene el paciente buen estado físico?

Sí No ¿Alguna vez el paciente ha tenido un accidente en el rostro o dientes? Explique: _____

Sí No ¿Está el paciente actualmente bajo tratamiento médico por una enfermedad?

Sí No ¿Tiene el paciente una tendencia a sangrar o se curan sus heridas lentamente?

Sí No ¿Es el paciente alérgico al níquel o cualquier medicamento? Mencione: _____

Firma: _____

MARQUE TODAS LAS AFIRMACIONES DE ABAJO, APLICABLES AL PACIENTE:

Los Dientes

- Hay espacios entre los dientes que no me gustan.
- Los dientes están torcidos y montados.
- Los dientes sobresalen demasiado.
- La boca parece ser demasiado pequeña y no hay suficiente espacio para los dientes.
- Los dientes salen en lugares equivocados.
- No estoy consciente de ningún problema.

La Oclusión (o Mala Mordida)

- La oclusión es confortable y puedo comer lo que quiera sin problemas.
- Siento que hay un problema con la oclusión o se me dijo que hay un problema.
- Siento dolor frecuente o constante en mi mandíbula, cara o cabeza.
- Mi mandíbula suena o se traban cuando abro mi boca.
- Tengo o he tenido problemas para abrir y/o cerrar mi boca.
- Aprieto mis dientes durante el día o los rechino durante la noche.

El Dentista

- Visito al dentista regularmente, por lo menos cada _____ meses.
- Mi última limpieza fue en el mes de _____
- No he visto al dentista desde hace más de un año. Necesito una limpieza.
- Han pasado _____ años desde mi última visita al dentista.

Problemas Dentales

- Que yo sepa, no tengo problemas dentales, a excepción de los dientes torcidos.
- Estoy consciente de la existencia de otros problemas dentales que requieren atención. _____

El Ortodontista

- Ésta es mi primera experiencia con un ortodoncista.
- El paciente ha utilizado frenos/brackets anteriormente. _____ (año)
- Algunos miembros de la familia han utilizado brackets. _____ (quién?)
- Consulté a otro ortodoncista y me gustaría tener una segunda opinión. _____ (Nombre del Doctor)

Lo Que Espero del Tratamiento Ortodóntico

- Quiero saber qué tipo de tratamiento necesito.
- Solo quiero que se enderecen y alineen los dientes superiores.
- Quiero que se enderecen y alineen los dientes superiores e inferiores.
- Quiero que se enderecen todos los dientes y se corrija la oclusión o mala mordida si es posible.

¿Cuánto Tiempo Está Dispuesto a Dedicar al Tratamiento Ortodóntico?

- Estoy dispuesto a dedicar el tiempo y los recursos necesarios, incluso si se requiere de cirugía para obtener los mejores resultados cosméticos y funcionales.
- Quiero los mejores resultados que se puedan obtener sin cirugía facial alguna.
- Quiero dedicar tan poco tiempo como sea posible y estoy dispuesto a hacer concesiones.

¿Qué Tipo de Brackets Quiere?

- Los más económicos (metal plateado)
- Los más cosméticos (cerámica transparente)
- Removibles y cosméticos (Invisalign)
- Necesito más información para tomar una decisión.

Costo y Planes de Pago

- Estoy interesado en ahorrar la mayor cantidad de dinero pagando al comienzo el tratamiento completo.
- Estoy interesado en hacer un pago por adelantado para reducir los costos totales. \$ _____ (cantidad)
- Prefiero no hacer un pago por adelantado.
- Estoy buscando un plan de pago con pagos mensuales de \$ _____ por mes.

Seguro

- Tengo un seguro que podría pagar parte de los costos de tratamiento. _____ (nombre del seguro)
- No tengo un seguro que cubra el tratamiento ortodóntico.

¿Qué Tan Pronto le Gustaría Empezar?

- Me gustaría empezar tan pronto como sea posible si se determina que el tratamiento es indicado y conocer al doctor en ese momento.
- Quiero conocer al ortodoncista para discutir los resultados del diagnóstico antes de tomar una decisión.
- Quiero discutir las conclusiones con mi esposo(a) antes de tomar la decisión de iniciar el tratamiento.
- Quiero postergar el tratamiento tanto como sea posible.

Edad del paciente: _____ años _____ meses (si es menor de 19 años)

Qué idioma es preferible para usted : _____

Mejor hora para contactarlo(a): _____ Teléfono: (_____) _____ - _____ E-mail: _____

Consentimiento del paciente para el uso y divulgación de la información protegida de salud

He leído y recibido el “Aviso de Prácticas de Seguridad” y doy mi consentimiento a Specialists in Orthodontics para que use y divulgue la información de salud sobre mí mismo/mi hijo(a) para proseguir con el tratamiento, pagos y procedimientos del cuidado de la salud (TPO).

Nombre del paciente/guardián

Firma del paciente/guardián

Fecha

Notas del Coordinador de Tratamiento

Firma del Coordinador de Tratamiento: _____

Fecha: _____