

THERESA SHAVER ORTHODONTICS

CONFIDENCIAL HISTORIA MEDICA/DENTAL PARA PACIENTE MENOR

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Escriba Por Favor)					
Nombre del paciente		Apodo		Edad	
Dirección Calle		Ciudad información		Estado	Código postal
Número de teléfono		Número de teléfono del trabajo			
Fecha de nacimiento		Numero licencia de conducir		Número de la seguridad social	
Si el paciente es un menor de edad, a los padres o tutores los nombres			¿A quién podemos agradecer por referirse a nuestra oficina?		
RESPONSIBLE PARTY INFORMATION (Escriba Por Favor)					
Nombre		Relación con el paciente		Estado civil	
Dirección Calle		Ciudad información		Estado	Código postal
¿Cuánto tiempo en esta dirección?	Número de teléfono	Número de teléfono del trabajo		Número de teléfono móvil	
Dirección de correo electrónica		Numero licencia de conducir		Número de la seguridad social	Fecha de nacimiento
Empresario		Ocupación			El numero de anona trabajados
Nombre de la esposa			Relación con el paciente		Fecha de nacimiento
Empresario		Ocupación			El numero de anona trabajados
Dirección de correo electrónica		Numero licencia de conducir		Número de la seguridad social	Número de teléfono móvil
INFORMACIÓN DEL PACIENTE DENTAL					
Presente Dentista			Número de teléfono		
Dirección			Fecha de la ultima limpieza dental		
SOLO PARA MUJERES					
¿Está tomando cualquier forma de control de la natalidad de la medicina?					
¿Está embarazada		Número de semanas		Esta usted dando pecho	

Por favor completar el reverso de este formulario.

MEDICAL INFORMATION					
¿El paciente ha tenido alguna de las siguientes condiciones medicas?					
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trastorno de la sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Abuso de drogas o alcohol	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Minusvalía/Discapacidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Riñón/problemas de Hígado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de seno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Alergias (<i>Penicilina, otros antibióticos, látex, otros</i>)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, explique			
Problemas del sueño (<i>apnea es decir, cuestiones de las vía respiratorias, ronquidos</i>)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, explique			
Todas las operaciones o el hospital	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, explique			
Si el paciente es un niño ¿El paciente tiene hábitos orales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, explique			
Personal médico del paciente				Numero de teléfono	
En caso de cualquier emergencia relacionada con (el cierre e nuestra oficina, las cuestiones relacionadas con el clima, etc.), por favor, nos dan la mejor manera de ponerse en contacto con usted, es decir, correo electrónico, el trabajo, la casa o el numero de células:					
Signatura del paciente/Padre/Madre o Tutor				Fecha	

Nuestra oficina se ha comprometido a cumplir o exceder las normas de control de la infección por mandato de la OSHA, el CDC y la ADA.

Theresa Shaver Orthodontics