



BROOKS
family orthodontics

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

FECHA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

NOMBRE COMPLETO: _____ APODO: _____ EDAD: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ CODIGO POSTAL: _____

DENTISTA DEL PAIENTE: _____ REFERIDO POR: _____ MÉDICO: _____

EMAIL: _____ TEL. DE CASA: _____ CELULAR: _____

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

PERSONA RESPONSABLE: _____ TELEFONO: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ CODIGO POSTAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ # SEGURO SOCIAL: _____ CELULAR: _____

EMPLEADOR: _____ TEL. TRABAJO: _____

PERSONA SEGUNDA RESPONSABLE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ # SEGURO SOCIAL: _____

EMPLEADOR: _____ TEL. TRABAJO: _____

SEGURO DE ORTODONCIA: NO SÍ NOMBRE DE COMPANIA(S): _____

NOMBRE DE ASEGURADO: _____ # DE PÓLIZA: _____

OTROS HERMANOS O FAMILIARES: _____

HISTORIAL MÉDICO

¿SE ENCUENTRA PACIENTE EN BUEN ESTADO DE SALUD? SÍ NO ¿ESTA BAJO EL CUIDADO DE ALGUN MÉDICO? SÍ NO

FAVOR DE INDICAR SI HA TENIDO EL PACIENTE ALGUNA DE LAS SIGUENTES ENFERMEDADAES

DIABETES	<input type="checkbox"/>	ANEMIA	<input type="checkbox"/>	SANGRADO ANORMAL	<input type="checkbox"/>
DEFECTO DE CORAZON	<input type="checkbox"/>	EPILEPSIA	<input type="checkbox"/>	DESMAYO/MAREOS	<input type="checkbox"/>
FIEBRE REUMATICA	<input type="checkbox"/>	ASMA	<input type="checkbox"/>	DESORDEN NERVIOSO	<input type="checkbox"/>
HUESOS COYUNTURAS	<input type="checkbox"/>	HEPATITIS	<input type="checkbox"/>	EMBARAZO	<input type="checkbox"/>
GLAUCOMA	<input type="checkbox"/>	BAJA/ALTA PRESION	<input type="checkbox"/>	OTRO	<input type="checkbox"/>

PACIENTE TIENE TENDENCIA A:
RESFRIO DOLOR DE GARGANTA INFECCIÓN DE OIDO

¿HAN SIDO REMOVIDAS LAS ANGINAS? SÍ NO

LISTE LAS MEDICINAS QUE ESTE TOMANDO EN ESTE MOMENTO: _____

¿TIENA PACIENTE ALGUNA ALERGIA A ALGÚN MEDICINA? _____

FECHA DEL ULTIMO EXAMEN CON EL DENTISTA: _____ FECHA DE ULTIMA LIMPIEZA: _____

¿HA SUFRIDO ALGÚN TRAUMA EN LA BOCA, CARA, O DIENTES? SÍ NO

¿EL PACIENTE SE CHUPA LOS DEDOS O LABIOS? SÍ NO

¿EL PACIENTE APRIETA/RECHINA LOS DIENTES? SÍ NO

¿EL PACIENTE TIENE ALGÚN PROBLEMA DE HALBAR? SÍ NO

RAZON POR CONSULTA DE HOY: _____