

Información Médica

Doctor general del Paciente: _____

Está el paciente en buena salud? Si No

Tiene el paciente historia de enfermedades mayores? _____

Ha sido el paciente tratado por un Doctor con:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> S. I. D. A. | <input type="checkbox"/> Problemas con el Hígado |
| <input type="checkbox"/> Anémia | <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón | <input type="checkbox"/> Alérgias |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Problemas Emocionales |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Problemas de los Ríñones | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Problemas Endocrinales | <input type="checkbox"/> Presentemente Embarazada | <input type="checkbox"/> Sangreamiento Prolongado |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de los Huesos | <input type="checkbox"/> Operado de la Amígdalas (edad) _____ | |

Está el paciente tomando prescripciones médicas? Si No

(Si está tomando por favor enlistelos) _____

Algunas Alérgias? _____

Si el paciente es menor de edad: Ha llegado a la pubertad? (Menstruación o Cambio de Voz) Si No

Información Dental

Nombre del Dentista General: _____

Que es lo que le preocupa tanto que lo ha traído a buscar tratamiento ortodóntico?

_____ Si No _____ Más información _____

Ha tenido el paciente un reciente exámen dental? _____

Heridas en la boca o dientes? _____

Sonido o dolor cuando abre la mandíbula? _____

No ha podido alguna vez cerrar su boca? _____

Ha tenido problemas comiendo o masticando? _____

Aprieta o rechina los dientes? _____

Previo tratamiento ortodóntico? Cuando? _____

Ha sacado el dentista dientes de leche? _____

Ha sacado el dentista dientes permanentes? _____

Hábitos de chupar el dedo pulgar u otros? _____

Llagas en la boca? _____

Respira el paciente por la boca? _____

Alguien más en la familia a usado aparatos abrazadores para los dientes? _____

Cóme muchas cosas dulces? _____

Alguna experiencia traumática de índice dental? _____

Información de Emergencia

Nombre de un pariente cercano, que no viva con Ud. _____ Teléfono _____

Dirección _____ Relación _____

Yo he contestado completamente y correctamente. Yo entiendo, que debo informar al doctor de cualquier cambio en la historia médica de mi hijo/a durante el tratamiento. Yo autorizo retirar información finalcial y de seguros, incluyendo, reportes de créditos relacionados con este tratamiento y autorizo pagos por mi compañía de seguros directamente al Doctor Guymon.

Firma (Firma del padre o la madre si menor de edad) _____