

POWELL ORTHODONTICS

SPECIALIST IN ORTHODONTICS
JENISON, MICHIGAN 49428

TELEPHONE (616)457-5866

2076 BALDWIN

Nombre del Paciente _____ Correo electrónico _____
 Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo M _____ F _____ Escuela del paciente _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____
 Número de teléfono _____ Número de teléfono celular _____
 Dentista del paciente _____ Dirección del dentista _____
 Referido de parte de _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/REPRESENTANTE LEGAL/ EL MISMO o LA MISMA

INFORMACIÓN DE MAMA /REPRESENTANTE LEGAL

Nombre _____	Nombre _____
Dirección _____	Dirección _____
Número de teléfono _____ Celular _____	Número de teléfono _____ Celular _____
Fecha de Nacimiento _____ # Seguro Social _____	Fecha de Nacimiento _____ # Seguro Social _____
Número de licencia _____	Número de licencia _____
Empleadora _____ # de teléfono _____	Empleadora _____ # de teléfono _____
Compañía de seguros ortodónticos _____	Compañía de seguros ortodónticos _____
Número de identificación del seguro _____	Número de identificación del seguro _____

MEDICAL HISTORY

	SÍ	NO		SÍ	NO
El paciente esta bajo cuidado médico a hora.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El paciente recibe cualquier medicación.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El paciente sangra excesivo cuando se corta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hay algún problema emocional.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha sido el paciente alguna vez hospitalizado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha tenido el paciente alguna cirugía.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Han extraído las amígdalas o adenoides.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Estuvo el/la paciente ausente de la escuela o el trabajo más de cinco días el año pasado debido a una enfermedad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido el paciente alguna vez una reacción inusual a cualquier droga.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es sí, por favor explique _____					

El paciente tiene cualquiera de los siguientes:

<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Ilgado	<input type="checkbox"/> Paperas
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Sinusitis crónicas	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Riñones	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática
<input type="checkbox"/> VIH	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Tumores	<input type="checkbox"/> La habla
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Oyendo	<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Tiroides
<input type="checkbox"/> Palasy cerebral	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> El Corazón	<input type="checkbox"/> Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Otras enfermedades _____

HISTORIA DENTAL

	SÍ	NO		SÍ	NO
Trauma en el área dental? (dientes astillados, endodancias, fracturas).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se chupa el dedo o hábitos de morderse las uñas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operaciones en el área dental?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguna de los anteriores está activo en el momento actual?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen ortodóncico en el pasado?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene el paciente (si es menor de edad) hermanos o hermanas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El paciente toca un instrumento musical?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Edades de los hermanos o hermanas _____		
			Han tenido algún tratamiento ortodóncico en el pasado?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Han sido tratados por el Dr. Powell o Dra. Bre?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, haga cualquier comentario que sienta que puede ser útil para los Doctores:

Firma de los padres/paciente: _____ Fecha: _____

Padres Guardián Paciente