

# 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 MANA /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**

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

**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**

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

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

\_\_\_\_\_

Firma de los padres/paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padres  Guardián  Paciente