



444 S. BRAND BOULEVARD, SAN FERNANDO, CA 91340
(818) 365-9827 FAX (818) 365-8956
www.missioncityortho.com

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha Hombre Mujer E-mail

Nombre del Paciente
Apellido Nombre Segundo nombre

Domicilio
Calle Ciudad EstadoCodigo Postal

Telefono () Fecha de nacimiento Edad Seguro Social #

Nombre del padre o tutor si el paciente es menor de edad
Apellido Nombre Segundo nombre

¿A quien debemos agradecer por referirlo a nuestra oficina?

INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE

Nombre
Apellido Nombre Segundo nombre

Estado Marital Soltero Casado Divorciado Separado Viudo

Domicilio
Calle Ciudad EstadoCodigo Postal

Años en este domicilio Telefono () Telefono del Trabajo ()

Domicilio Anterior (si es menos de 3 años)
Calle Ciudad EstadoCodigo Postal

Seguro Social # Fecha de nacimiento Parentesco con el Paciente

Empleador Ocupación No. de años Empleado

Domicilio del Empleador
Calle Ciudad EstadoCodigo Postal

Nombre del Conyuge
Apellido Nombre Segundo nombre

Empleador Ocupación No. de años Empleado

Domicilio del Empleador Telefono del Trabajo ()
Calle Ciudad EstadoCodigo Postal

Seguro Social # Fecha de nacimiento Parentesco con el Paciente

INFORMACIÓN SOBRE SEGURO

Nombre del Asegurado Seguro Social del Asegurado #

Nombre de la Co. de Seguros No Grupo No Local

Domicilio de la Co. de Seguros
Calle Ciudad EstadoCodigo Postal

¿Tiene doble cobertura? Si No Si su respuesta es si:

Nombre del Asegurado Seguro Social del Asegurado #

Nombre de la Co. de Seguros No Grupo No Local

Domicilio de la Co. de Seguros
Calle Ciudad EstadoCodigo Postal

INFORMACION PARA EMERGENCIAS

Nombre de un pariente cercano que no viva con usted Telefono ()

Domicilio
Calle Ciudad EstadoCodigo Postal

Dentista General Medico

Firma (Firma del padre o tutor si es menor de edad)

Gracias por proporcionarnos esta informacion. POR FAVOR COMPLETE EL HISTORIAL MEDICO AL OTRO LADO DE ESTA FORMA.

Member American Association of Orthodontists



HISTORIA MEDICA

Para la siguiente información, marque si o no, cualquiera que aplique. Sus respuestas son para nuestros registros y son confidenciales. Por favor note que durante su cita inicial se le harán preguntas a las respuestas que usted marco en este cuestionario, y podrá haber preguntas adicionales acerca de su salud.

1. ¿Esta en buena salud? si no
2. ¿Esta ahora bajo el cuidado de un Medico? si no
¿Si, es asi cual es la condicion que se esta tratando? _____
3. ¿Esta tomando alguna medicina(s)? si no
¿Si, es asi cual medicina(s) esta tomando? _____
4. ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas?
 - a. Daño en las válvulas del corazón, o válvulas artificiales, incluyendo murmullo del corazón o enfermedades reumaticas en el corazón si no
 - b. Enfermedades cardiovasculares (problemas del corazón, ataques al corazón, angina, alta presion, arteriosclerosis, ataque de parálisis) si no
 - c. Alergias / asma o fiebre del heno si no
 - d. Problemas con sinusitis si no
 - e. Desfallecimiento o convulsiones si no
 - f. Infeccion de SIDA o HIV si no
 - g. Epilepsia u otra enfermedad neurologica si no
5. ¿Ha tenido sangrado anormal? (sangra fácilmente o es dificil parar un sangrado) si no
6. ¿Es alergico o ha tenido una reaccion a:
 - a. Anestesia local si no
 - b. Penicilina o algun otro antibiotico si no
 - c. Drogas de sulfa si no
 - d. Aspirina si no
 - e. Yodo si no
 - f. Codeína u otro narcotico si no
 - g. Otros si no
7. ¿Tiene alguna enfermedad, o problema que no se nombra arriba que usted piensa que yo deba saber? ... si no
Si, es asi explique _____
8. ¿Esta embarazada? si no

HISTORIA DENTAL

1. ¿Ha tenido algun accidente en la cara, boca o dientes? si no
Si, es asi explique _____
2. ¿Se chupa o a chupado el dedo? (¿hasta que edad? _____) si no
3. ¿Tiene algún problema del habla? si no
Si, es asi explique _____
4. ¿Respira por la boca dormido o despierto? si no
5. ¿Se muerde las uñas, labios o lengua? si no
6. ¿Rechina los dientes por la noche? si no
7. ¿Le han informado que le hacen falta dientes o que tiene dientes de mas? si no
8. ¿Ha consultado a un ortodoncista previamente? si no
Si, es asi quien y cuando? _____
9. ¿Hemos tratado algun miembro de su familia? si no
Si, es asi quien? _____

Certifico que he leído y entendido la información de arriba. Estoy consciente que las preguntas, si hay alguna, acerca de este cuestionario han sido contestadas a mi mejor satisfacción. No hare al Dr. Babayan o a ninguno de sus empleados responsables por cualquier error u omision que yo haya cometido al completar esa forma.

Firma del Paciente (Padre o Tutor si es menor) _____ Fecha _____

Firma del Dentista _____ Fecha _____