

Patient Information Información del paciente (Adulto)

Date (Fecha) _____

Patient's name _____
(Nombre de paciente) Last (apellido) First (primer nombre) Middle(medio nombre)

Address _____
(Direccion) Street (Calle) City (Ciudad) Zip (Codigo postal)

Birthdate _____ Gender _____ Age _____
(Fecha de nacimiento) (Genero) (Edad)

Homephone _____ Workphone _____ CellPhone _____
(Número de telefono de casa) (Trabajo) (cellular)

Social Security # (Número de seguro social) _____

Employer (Empleador) _____

Occupation (ocupación) _____

Name of person responsible for this account _____
(Nombre de persona responsable de esta cuenta)

Whom may we thank for referring you to our office? _____
¿A quién podemos agradecer por referirle a nuestra oficina?

Dental Insurance Information

Insured's Name (Nombre del asegurado) _____
ID # (número de identificación) _____ D.O.B. (Fecha de nacimiento) _____

Insured's Social Security# (Número de seguro social de asegurado) _____

Insurance Company _____ Group No. _____ Local No. _____
(Compañía de seguro) (Número de grupo) (Número local)

Insurance Co. Address _____ Phone No. _____
(Direccion de seguro) (Número de telefono de seguro)

Do you have dual coverage? Yes _____ No _____ If yes:
(¿ Tiene doble cobertura?) (si) (explica si respondió que si)

Insured's Name _____ ID# _____
(Nombre del asegurado) (número de identificación)

D.O.B. _____ Insured's Social Security _____
(Fecha de nacimiento) (Numero de seguro social de asegurado)

Insurance Company _____ Group No. _____ Local No. _____
(Compañía de seguro) (Número de grupo) (Número local)

Insurance Co. Address _____ Phone No. _____
(Dirección de la compañía de seguros) (Número de telefono de seguro)

DENTAL HISTORY

HISTORIA DENTAL

Dentist: (Dentista) _____ Date of last visit: (Fecha de la última visita) _____

Address: (Dirección) _____

What concerns you most about your teeth? (¿Qué le preocupa más acerca de sus dientes?) _____

Yes No Are you presently in any dental pain? _____
¿Está usted actualmente en cualquier dolor dental?

Yes No Have you ever experienced any unfavorable reaction to dentistry? _____
¿Alguna vez ha tenido alguna reacción mala a la odontología?

Yes No Have you ever lost or chipped any teeth? _____
¿Alguna vez ha perdido o roto los dientes?

Yes No Have there been any injuries to face, mouth or teeth? _____
¿Ha habido alguna herida o accidente en la cara, la boca o los dientes?

Yes No Is any part of your mouth sensitive to temperature or pressure? _____
¿Alguna parte de su boca es sensible a la temperatura o a la presión?

Yes No Do your gums bleed when you brush? _____
¿Las encías sangran cuando cepillas?

Yes No Do you have any type of thumb or tongue habit? _____
¿Tiene algún tipo de hábito con el pulgar o la lengua?

Yes No Are you a mouth breather? _____
¿Usted respira más con la boca?

Yes No Have you ever seen an orthodontist? If yes, who and when? _____
¿Has visto alguna vez a un ortodoncista? Si es así, ¿quién y cuándo?

Yes No Would you object to wearing orthodontic appliances (braces) should they be indicated? _____
¿Te opondrías a usar aparatos ortodónticos si se indican?

Yes No Has anyone in your family received orthodontic treatment? _____
¿Alguien de su familia recibió tratamiento ortodóntico?

Yes No Do your teeth or jaws ever feel uncomfortable when you awake in the morning? _____
¿Se sienten incómodos los dientes o las mandíbulas cuando se despierta por la mañana?

Yes No Are you aware of your jaw clicking or popping? _____
¿Es usted consciente de su mandíbula haciendo clic o estallar?

Yes No Are you aware of clenching your teeth during the day? _____
¿Es consciente de apretar los dientes durante el día?

Yes No Have you ever been told that you grind your teeth? _____
¿Alguna vez le han dicho que se muele los dientes?

Yes No Do you have "tension" headaches? _____
¿Tiene dolores de cabeza de tensión?

Yes No Have you ever experienced chronic ringing in your ears? _____
¿Alguna vez ha tenido sonidos crónicos en sus oídos?

Yes No If the patient is under age 16, height of parents? Mom _____ Dad _____
Si el paciente es menor de 16 años, que es la altura de los padres? Madre _____ Padre _____

Yes No Are you aware that some appointments will be during school/work hours? _____
¿Sabe usted que algunas citas serán durante la escuela / horas de trabajo?

Emergency Information

Información de emergencia

Name of nearest relative not living with you _____
(Nombre del pariente más cercano que no vive con usted)

Complete address _____
(Dirección) Street (Calle) City (Ciudad) Zip (Código postal)

Phone _____
(Número de telefono)

I understand that where appropriate, credit bureau reports may be obtained.
(Entiendo que cuando sea apropiado, se pueden obtener informes de la oficina de crédito)

Signature (Parent's signature if minor) _____
Firma (firma del pariente si es menor)

MEDICAL HISTORY

Historia médica

Physician _____ Date of Last Visit _____
(Médico) (Fecha de la última visita)

Address _____ Phone _____
(Dirección) (Número de telefono)

Please circle Yes or No (If Yes, please fill in details)
Marque con un círculo Sí o No (en caso afirmativo, complete los detalles)

Yes	No	Are you taking any medication? ¿Estás tomando alguna medicación? _____
Yes	No	Are you allergic to any medication? ¿Es alérgico a algún medicamento? _____
Yes	No	Do you have a history of a major illness? ¿Tiene antecedentes de una enfermedad grave? _____
Yes	No	Have you had any major operations? ¿Ha tenido alguna operación importante? _____
Yes	No	Have you ever been involved in a serious accident? ¿Alguna vez ha estado involucrado en un accidente grave? _____

Circle any of the medical conditions below that you have had or currently have.
(Circule cualquiera de las condiciones médicas a continuación que usted ha tenido o tiene actualmente.)

Abnormal bleeding/Hemophilia Hemorragia anormal / Hemofilia	Diabetes	Hepatitis/Liver problems Hepatitis / Problemas del hígado	Pneumonia Neumonía
Anemia	Dizziness Mareos	Herpes	Prolonged Bleeding Sangrado Prolongado
Arthritis Artritis	Epilepsy Epilepsia	High Blood Pressure Alta presión	Radiation/Chemotherapy Radiación / quimioterapia
Asthma or Hayfever El asma o la fiebre del heno	Gastrointestinal Disorders Desórdenes gastrointestinales	HIV / Aids VIH / SIDA	Rheumatic Fever Fiebre reumática
Bone Disorders trastornos óseos	Heart Problems Problemas del corazón	Kidney problems Problemas de riñon	Tuberculosis
Congenital Heart Defect Defecto cardiaco congenito	Heart Murmur Murmulo del corazón	Nervous Disorders Trastornos nerviosos	Tumor or Cancer Tumor o Cáncer

Are there any medical conditions we have not discussed that you feel we should be aware of?
¿Hay alguna condición médica que no hayamos discutido y que usted crea que debemos ser conscientes?

Female Patients only: (Pacientes hembras solamente)

Yes No Has menstruation started? ¿Ha comenzado la menstruación? _____

Yes No Are you pregnant? ¿Estas embarazada? _____

BENEFITS

Benefits of Orthodontics: Aesthetics, Health and Function. Orthodontics is a service that provides an improvement in the appearance of the teeth, in the general function of the teeth, and in general dental health. Teeth, gums and jaws are an intricate body part and can fail to respond to treatment. If good oral hygiene is not practiced, tooth decay and enlarged gums can result. Joint discomfort and root shortening are observed in a small percentage of cases. Teeth change throughout our lifetime and there can be some movement of teeth and some change after treatment. I have read and understand this paragraph, I also understand that my diagnostic records and my name may be used for educational and promotional purposes. I have truthfully answered all the above questions and agree to inform this office of any changes in my medical or dental history. In addition, I authorize Dr. Mark Weinberg to perform a complete orthodontic evaluation.

Beneficios de la Ortodoncia: Estética, Salud y Función. La ortodoncia es un servicio que proporciona una mejora en la apariencia de los dientes, en la función general de los dientes y, en general, en la salud dental. Los dientes, las encías y las mandíbulas son una parte intrincada del cuerpo y pueden fallar en responder al tratamiento. Si no se practica una buena higiene dental, pueden producirse caries y agrandamiento de las encías. El malestar de las articulaciones y el acortamiento de la raíz se observan en un pequeño porcentaje de casos. Los dientes cambian a lo largo de nuestra vida y puede haber algún movimiento de los dientes y algún cambio después del tratamiento. He leído y entiendo este párrafo, también entiendo que mis registros de diagnóstico y mi nombre pueden ser utilizados con fines educativos y promocionales. He contestado verdaderamente todas las preguntas anteriores y estoy de acuerdo en informar a esta oficina de cualquier cambio en mi historial médico o dental. Además, autorizo al Dr. Mark Weinberg a realizar una evaluación ortodóntica completa.

Signature: _____
Firma (firma del paciente si es menor)

Date: _____
Fecha