



Pinole Valley ORTHODONTICS

DR. KAMILAH SANFORD

2830 Pinole Valley Rd. Ste C --- Pinole, CA, 94564 --- TELE (510) 275-3200

1. PACIENTE NUEVO

Nombre: _____
Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento: _____ Genero: H / M

Soltero Casado Viudo(a) Divorciado Separado

Numero Telefonico: _____

Correo Electronico: _____

Direccion: _____

Ciudad Estado Codgio Postal

Empleador: _____

Posicion: _____

¿A quién podemos agradecerle por haberle referido?

¿Otros miembros de la familia vistos por nosotros?

En caso de una emergencia, ¿a quién podemos contactar?

Nombre : _____ Relacion: _____

Numero Telefonico: _____

2. SEGURO

Compania del Seguro: _____

ID o Seguro Social _____

Group # _____ Tele# _____

Nombre del asegurado: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Relacion del paciente _____

Empleador _____

3. HISTORIA MEDICA

Nombre de Medico: _____

Tele #: _____

¿Tiene condiciones medicas? Si No

Por favor explique: _____

¿Toma medicamentos recetados o comprados? Si No

Por favor de escribir su medicamentos:

Para las mujeres:

¿Estás tomando pastillas anticonceptivas? Si No

¿Estas embarazada? Si No

Cuantos meses tienes? # _____

¿Estás amamantando? Si No

¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas médicos?

Sí No ADD / ADHD

Sí No Anemia / Tratamiento de radiación

Sí No Huesos Artificiales / Articulaciones

Sí No Válvulas artificiales

Sí No Asma / artritis

Sí No Transfusiones de sangre

Sí No Cáncer / quimioterapia

Sí Sin defecto congénito del corazón

Sí No Diabetes / Tuberculosis

Sí No Dificultad para Respirar

Sí No Abuso de drogas / alcohol

Sí No Enfisema / Glaucoma

Sí No Epilepsia / convulsiones / desmayos

Sí No Fiebre Ampollas / Herpes

Sí No Heart Attack / Stoke

Sí No Heart Murmur

Sí No Cirugía cardíaca / Marcapasos

Sí No Hemofilia / Sangrado anormal

Sí No Hepatitis

Sí No Alta / Baja presión sanguínea

Sí No VIH + / SIDA

Sí No Hospitalizado por cualquier razón

Sí No Problemas Renales

Sí No Prolapso de la válvula mitral

Sí No Problemas psiquiátricos

Sí No Fiebre reumática / escarlatina

Sí No Graves / Frecuentes Dolores de cabeza



Pinole Valley ORTHODONTICS

DR. KAMILAH SANFORD

2830 Pinole Valley Rd. Ste C --- Pinole, CA, 94564 --- TELE (510) 275-3200

- Sí No Shingles
- Sí No Problemas Sinusales
- Sí No Ulceras / colitis
- Sí No Enfermedad venérea

¿Sueles respirar por la boca? Sí No

¿Tiene algún diente faltante o extra permanente?

Sí No

¿Rechina / aprieta los dientes? Sí No

¿Te muerdes las uñas? Sí No

Por favor, enumere cualquier condición médica grave que tenga / haya tenido:

¿Eres alérgico a alguno de los siguientes?

- Aspirina Sí No
- Codeína Sí No
- Latex Sí No
- Penicilina Sí No
- Metal / Plástico Sí No
- Anestésicos Dentales Sí No

Yo entiendo que la información que he dado hoy es correcta según mi leal saber y entender. También entiendo que esta información se mantendrá en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a esta oficina sobre cualquier cambio en mi estado médico. Autorizo al personal dental hacer cualquier servicio dental necesario a que incluye fotos, Radiografías y una examinación limitada hecho por la ortodoncista, que pueda necesitar durante el diagnóstico y el tratamiento con mi firma notado abajo.

Firma

Fecha

Firma del Ortodoncista

Fecha

4. HISTORIA DENTAL

Dentista general: _____

Última limpieza: _____

¿Algún tratamiento pendiente? _____

¿Cuáles son las principales preocupaciones que le gustaría que logre la ortodoncia?

¿Alguna vez ha sido evaluado para un tratamiento de ortodoncia?

Sí No

¿Alguna vez ha tenido un problema serio / difícil asociado con cualquier trabajo dental anterior?

Sí No

¿Ahora o alguna vez ha experimentado dolor / incomodidad en la articulación de la mandíbula (TMJ / TMD)? Sí No

¿Le sangran las encías? Sí No

¿Alguna vez ha tenido una lesión en su boca? Sí No

¿Tienes algún problema de hablar? Sí No

5. CONSENTIMIENTO PARA REGISTROS ORTODONTICOS

Entiendo que se harán fotografías, radiografías durante el curso de mi examen, tratamiento y cuidado de seguimiento. Se tomarán radiografías y fotos iniciales y finales al comienzo, en el medio y al final del tratamiento de ortodoncia. Mis registros no se utilizarán para ningún tipo de marketing o publicaciones a un nivel que de mi consentimiento.

Firma

Fecha

6. HIPAA

Por la presente doy mi consentimiento y acepto mi aceptación de los términos establecidos en el FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE HIPAA y cualquier cambio posterior en la políticas de la oficina. Entiendo que este consentimiento seguirá vigente a partir de ahora.

Firma

Fecha