



Informacion para el Paciente

Porfavor completa los dos lados

BUCHLER
ORTHODONTICS
AMYBUCHLERDMD

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Prefiere que le/la llamen: _____

Nombre de los Padres: _____ Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefono de Casa: _____ Celular: _____ Correo Electronico: _____

Prefiere Recordatorios por texto o Correo Electronico? _____

Nombre de miembros de la familia en tratamiento de Ortodoncia?: _____

A quien podemos dar gracias por la referencia a nuestra oficina? _____

Informacion de parte Responsable:

Nombre de los padres que tienen custodia? _____

El paciente vive con? (Marque todos los que aplican)

Madre Padre Madrastra Padrastro Abuelitos Otros _____

Nombre del Padre: _____ Titulo: Sr Dr Otro: _____

Ocupacion: _____ Correo Electronico: _____

Domicilio: _____

Telefono de Casa: () ____ - ____ Celular: () ____ - ____ Telefono de Empleador: () ____ - ____

Nombre de Madre _____ Titulo: Srta Sra Dra Otro: _____

Ocupacion: _____ Correo Electronico: _____

Domicilio: _____

Telefono de Casa: () ____ - ____ Celular: () ____ - ____ Telefono de Empleador: () ____ - ____

Quien es financieramente responsable por esta cuenta? _____

Quien sera responsable de llevar al paciente a sus citas? _____

Informacion del Principal Asegurado

Nombre del Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ NSS: _____

Relacion con el paciente: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Empleador: _____

Domicilio de Empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Nombre de Seguro Dental: _____

IDomicilio de Seguro: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Numero de grupo: _____ y el Telefono: _____

Informacion Secundaria del Asegurado

Nombre del Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ NSS: _____

Relacion con el paciente: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Empleador: _____

Domicilio de Empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Nombre de Seguro Dental: _____

IDomicilio de Seguro: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Numero de grupo: _____ y el Telefono: _____

www.buchlerorthodontics.com

Historia Medica

Nombre del Doctor: _____

PORFAVOR CIRCULE TODAS LAS CONDICIONES MEDICAS QUE TENGA.

- Si No Está tomando algún medicamento? _____
- Si No Usted tiene algún alergia a medicamentos, látex o metales? _____
- Si No Alguna vez ha estado involucrado en un accidente grave? _____
- Si No fuma? En caso afirmativo, cuánto? _____
- Si No Ahora está usted embarazada? _____

Por favor circule Sí o No para alguna de las siguientes condiciones médicas que usted ha tenido o tiene actualmente.

- | | | | |
|-----------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---|
| Si No Sangramiento Abnormal | Si No Diabetes | Si No Hepatitis/Problemas de Hígado | Si No Problemas de aprendizaje/Psiquiatrico |
| Si No Alergias de Temporada | Si No Epilepsia | Si No Herpes | Si No Radiacion/ |
| Si No Anemia | Si No Desmallos | Si No Presion alta/baja | Si No Problemas Respiratorios/Sinusitis |
| Si No Artritis | Si No Problemas Gastrointestinales | Si No VIH/Sida | Si No Las amígdalas eliminado |
| Si No Asma | Si No Problemas de corazon/Sopio | Si No Osteoperosis | Si No Cancer/Tumores |
| Si No Depresion | Si No Hemofilia | Si No Sangramiento Largo | |

Ay otra condicion medica de la cual no hemos nombrado que deberiamos estar informados? _____

HISTORIA DENTAL

Que preocupaciones tienes de tus dientes? _____

Dentista General: _____ Fecha de Ultima Visita: _____

Otro Dentista/Especialista que has visto: _____ Razon: _____

- Si No Estas conciente de que algunas citas seran durante horas de trabajo? _____
- Si No Has sido evaluado para tratamiento de ortodoncia? Si si, cuando y con quien? _____
- Si No Has tenido problemas con algun tratameinto dental? _____
- Si No Has sido diagnosticado con enfermedad de las encias? _____
- Si No Tienes alguna costumbre de chuparte el dedo? _____
- Si No Respiras por la boca solamente? _____
- Si No Tiene o a tenido dolor, le a tronado, o siente molestia en la mandibula? _____
- Si No Has sentido que tu mandibula se te aiga atascado? _____
- Si No Has tenido un accidente donde te algan causado trauma a tu boca, dientes o barbilla? _____
- Si No Rechina los dientes? _____

AUTORIZACION

Yo autorizo que den cualquier informacion con respecto a mi tratamiento ortodontico a mi aseguranza dental y/o medica. Yo autorizo el pago de beneficios dentales directamente a esta oficina. Certifico que he leído y entendido las preguntas anterlores, a lo mejor de mi conocimiento a lo anterior cuestionado. Yo no are mi ortodoncista o cualquier miembro de su personal responsable por los errores o omisiones que he hecho en la cumplimentacion del presente formulario. Notificare al medico de cualquier cambio en mi historia de salud. Ademas autoriza Dr. Amy Buchler para llevar a cabo una evaluación ortodoncia completa.

Firma del paciente o firma del tutor: _____ Fecha: _____

Firma de Dr: _____ Fecha: _____

www.buchlerorthodontics.com