

# Bienvenido(a)

Gracias por hacer esta primera visita ortodóntica. Este cuestionario nos proveera una historia confidencial del paciente para que el Dr. Gallagher pueda realizar una examinación más completa. Cuando el Dr. Gallagher ha terminado la examinación, los resultados y las recomendaciones serán discutidos con usted.

RICHARD R. GALLAGHER  
DDS, MSD, MSE, PHD

## INFORMACION PERSONAL

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre)

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo:  M  F

Numero Telefonico #: Hogar (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Referido(a) Por \_\_\_\_\_ Dentista Familiar \_\_\_\_\_ Medico \_\_\_\_\_

### TERMINE ESTA SECCION SI EL PACIENTE ES UN MENOR DE EDAD:

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Nombre de la Madre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Hogar # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Hogar # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Cellular # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cellular # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿La madre, el padre y el niño residen juntos? \_\_\_\_\_ Numero de niños en el hogar \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE SEGURO

### Seguro Denta

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Seguro Social del Asegurado: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Patrono: \_\_\_\_\_

Compania de Seguro: \_\_\_\_\_

Numero Telefonico de la Compania de Seguro: \_\_\_\_\_

### Seguro Adicional

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Seguro Social del Asegurado: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Patrono: \_\_\_\_\_

Compania de Seguro: \_\_\_\_\_

Numero Telefonico de la Compania de Seguro: \_\_\_\_\_

(POR FAVOR TERMINE EL OTRO LADO)

### For in Office Use:

I have received a copy of this office's *Notice of Privacy Practices*.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Refused

Communication Barrier

Emergency

Other

### MEDICAL HISTORY UPDATE

Changes in patient's health: \_\_\_\_\_

New medications: \_\_\_\_\_

Signature of Patient or Parent/Guardian, if minor: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Changes in patient's health: \_\_\_\_\_

New medications: \_\_\_\_\_

Signature of Patient or Parent/Guardian, if minor: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## ***HISTORIA DENTICAL***

Fecha de la ultima vez que vio a su dentista \_\_\_\_\_ Razon por la que visito a su dentista \_\_\_\_\_

Ortodoncia Anterior	Si	No	Habito de morderse los dedos	Si	No	Habito de apretarse los dientes	Si	No
Dolores de Boca	Si	No	Cirurgia Dental	Si	No	Dolor de cabeza/ cara/quijada	Si	No
Problemas/Sangria de las Gomas	Si	No	Dificultad en Masticar	Si	No	Dolores de Cabeza	Si	No
Temor a los Dentistas	Si	No	Problemas con la quijada	Si	No	Ruidos en la boca causados por la quijada	Si	No
Problemas de Discurso	Si	No	Lesion a la quijada/cara	Si	No	Roncar Excesivo	Si	No
Habito de morder el labio/unas	Si	No	Dientes que muelen	Si	No	Difficultad en respirar por la nariz	Si	No

Por favor de explicar las "Si" respuestas a las preguntas antedichas cuales usted quiera que el doctor observe/ le explique con mas atencion: \_\_\_\_\_

¿Cuantas veces al dia el paciente se cepilla los dientes? \_\_\_\_\_  
How many times a week does the patient floss? \_\_\_\_\_

¿La madre del paciente a tenido/tiene culaquier problema ortodontico? Si No      ¿Fue tratado? Si No

¿El padre del paciente a tenido/tiene cualquier problema ortodontico? Si No      ¿Fue tratado? Si No

Por favor de describir en sus propias palabras los problemas que usted ve en los dientes del paciente dientes: \_\_\_\_\_

## ***HISTORIA MEDICAL***

Fecha de la ultima vez que vio a su medico \_\_\_\_\_ Razon por la que visito a su medico \_\_\_\_\_

Alergias	Si	No	Glaucoma	Si	No	Problemas de Vista	Si	No
Asma	Si	No	Epilepsia	Si	No	Problemas del Oido	Si	No
Diabetes	Si	No	Lesiones al Cuello/Cabeza	Si	No	Problemas de la Nariz o de la garganta	Si	No
Desordenes del Hgado	Si	No	Accidente Automovilista	Si	No	Problemas Emocionales	Si	No
Desordenes del Pulmon	Si	No	Dolores de Cuello	Si	No	Asesoramiento de la Tension	Si	No
Desordenes del Estomago	Si	No	Dolores de Espalda	Si	No	Alergia a las inyecciones dentales	Si	No
Desordenes del Rinon	Si	No	Artritis	Si	No	Hepatitis o Prueba Positiva	Si	No
Desordenes del Corazon	Si	No	Sangria Prolongada	Si	No	Cualquier desorden de sangre	Si	No
Fiebre Reumatica	Si	No	Anormalidades de la Tiroides	Si	No		Si	No
Tension de Sangre Alta	Si	No	Hormone Abnormalities	Si	No	Fainting or Dizzy Spells	Si	No
Ataque del corazon	Si	No		Si	No	Tratamiento de Radiacion	Si	No
Murmullos del corazon	Si	No	Reemplazo de Valvula del corazon	Si	No	Reaccion a las drogas	Si	No

A tomado la medicacion de perder teso llamada Phen Fen?  Si  No

Por favor de explicar las "Si" respuestas a las preguntas antedichas cuales usted quiera que el doctor observe/ le explique con mas atencion: \_\_\_\_\_

A estado espitalizado(a) en los ultimos 5 anos?  Si  No      Si marco "Si", por favor de explicar: \_\_\_\_\_

Esta tomando alguna clase de medicacion en este momento?  Si  No      Si marco "Si", por favor de explicar: \_\_\_\_\_

Esta sobre la vista de un doctor en este momento?  Si  No      Si marco "Si", por favor de explicar: \_\_\_\_\_

Hay cualquier enfermedad que se parezca afectar a su familia o parientes?  Si  No      Si marco "Si", por favor de explicar: \_\_\_\_\_

Si es mujer, esta embarazada?  Si  No      Si marco "Si", cuantos meses? \_\_\_\_\_

He leído y he contestado a las preguntas antedichas al mejor de mi conocimiento. Autorizo a mi compañía de seguros directamente a pagar a Dr. Richard R. Gallagher las ventajas de seguro. Autorizo a Dr. Gallagher a lanzar toda la información necesaria para asegurar el pago de mis beneficios.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Padres/Guardiante, si menor de edada

\_\_\_\_\_  
Fecha