



Michael G. Weinberg, D.M.D.
 Specialist in Orthodontics for Children & Adults
 www.PrairieOrtho.com
 847.249.8800 262.637.8800

Fecha _____

Nombre del Paciente _____

___ Hombre ___ Mujer Edad ___ Fecha de Nacimiento _____

Por favor, seleccione una oficina principal ___ Gurnee ___ Kenosha

Para Minor

Padre (s) son: ___ Casado ___ Divorciado ___ Separado ___ Soltero Otro _____

El Paciente vive con: ___ Madre ___ Padre ___ Ambos Otro _____

Madre/Tutor Nombre _____ Padre/Tutor Nombre _____

Direccion/ Telefono _____ Direccion/Telefono _____

Cell Phone: _____

Paciente

Direccion de Correo Electronico _____

Responsable si es diferente (menor)

Direccion de Correo Electronico _____

Cuando es el mayor tiempo y numero de telefono para comunicarnos con usted sobre las necesidades de ortodoncia? _____

INFORMACION MEDICA Alguna vez usted ha tenido o ha sido tratado por:

Condicion del corazon (soplo en el corazon,		Fiebre Reumatica	si no
Ataque al corazon, marcapasos)	si no	Diabético	si no
Ictericia	si no	La presión sanguínea anormal	si no
Asma	si no	Ulceras	si no
La Fiebre del heno/alergias	si no	Tuberculosis/Enfermedad pulmonar	si no
Hepatitis	si no	Tos anormal	si no
Artritis	si no	Epilepsia	si no
Stroke	si no	Anemia	si no
Sida o VIH positivos	si no	Enfermedades venereas	si no
perturbación emocional	si no	Sangrado prolongado	si no
Accidente a la cabeza/cara/dientes	si no	Herpes/herpes labial	si no
ADD/ADHD	si no	Hospital / Cirugía Ambulatoria	si no
Aprendizaje/Comportamiento de		Fecha ___ Razon _____	
Discapacidad	si no	Ansiedad dental	si no
Explicacion: _____		Explicacion: _____	

Las siguientes preguntas deben ser respondidas por el paciente que esta siendo examinado.

1. Está usted en buena salud? _____
 2. Es usted alergico a algun alimento o medicamento? Si es asi, que?

 3. Esta tomando algun medicamento actualmente? Si es asi, que? _____
 4. Alguna vez se chupe el pulgar o los dedos? Si es asi, ha dejado? A que edad? _____
 5. Tiene problemas para respirar normalmente por la nariz (o tener sinusitis /problemas de amigdalas)? si es asi, que? _____
 6. Alguna vez has visto a un ortodoncista antes, si es asi, cuando? _____
 7. (Mujeres) Esta embarazada? _____
 8. (Mujeres-adolescentes) Ha menarquia (menstruacion) empezado? Si No N/A
- Nombre de dentista de la familia _____
 - Cuando fue su ultimo chequeo dental (*circulo*)? Invierno Primavera Verano Otono Ano: 20_____
 - Como se entero de nosotros (por favor marquee todas las que aplican)? Dentista Correo Libro de telefono Seguros Amigo / familiar (nombre de la persona) _____
 - Nombre del médico _____
 - Escuela _____ Grado _____

De manera que podamos comprender mejor sus necesidades, por favor díganos la razón principal (s) que usted y / o su hijo tienen una evaluación de ortodoncia (marque todas las que aplican)?

- Sobremordida Hacinamiento / Dientes torcidos Espaciado Submordida Dentista me refirió
 No estoy seguro Otro _____

PROGRAMA DEL HERMANO:

La Asociacion Americana de Ortodoncia recomienda que los ninos reciban una evaluacion de ortodoncia por 7 anos de edad. Por favor, danos los nombres de los otros hermanos en la familia, asi que podamos recordar el momento más apropiado para un examen gratuito

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Paciente/Padre's Firma

Fecha

Gracias por darnos la oportunidad de servirle. El Dr. Weinberg y la Pradera Ortodoncia Personal

Dr. Reviewed _____

Staff Reviewed _____

Fecha _____

Información Confidencial de la Persona Responsable

A B C

Nombre _____	Estado Civil _____		
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
Residencia _____	Código postal _____		
Calle	Ciudad	Estado	
Dirección postal _____	Código postal _____		
Calle	Ciudad	Estado	
¿Cuánto tiempo en esta dirección? _____	La casa es: propia _____ Renta _____ Otro _____		
Teléfono de la casa _____	Celular _____	Teléfono del Trabajo _____	
Dirección anterior (si menos de 3 años) _____	Código postal _____		
Calle	Ciudad	Estado	
Nº de Seguro Social _____	Fecha de Nacimiento _____	Relación con el Paciente _____	
Empleador _____	Ocupación _____	Permanencia en el trabajo actual _____	
Nombre de su Esposo/a _____	Relación con el Paciente _____		
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
Empleador _____	Ocupación _____	Permanencia en el trabajo actual _____	
Nº de Seguro Social _____	Fecha de Nacimiento _____	Teléfono del Trabajo _____	

Información Confidencial del Paciente

Nombre del Paciente _____	Segundo Nombre _____		
Apellido	Primer Nombre		
Residencia _____	Código postal _____		
Calle	Ciudad	Estado	
Teléfono de la casa _____	Fecha de Nacimiento _____	Nº de Seguro Social _____	
Si el paciente es un menor de edad, dar los padres o el nombre del tutor _____			

Información de Seguros

Nombre del titular de la póliza _____	Nº de Seguro Social _____	
Compañía de seguros _____	Nº de grupo (plan) _____	Nº de Unión Local _____
Dirección _____	Nº de Teléfono _____	
Empleador del titular de la póliza _____	Nº de identificación de la póliza _____	
¿Tiene Seguro Secundario? No Sí si respondió Sí:		
Nombre del titular de la póliza _____	Nº de Seguro Social _____	
Compañía de seguros _____	Nº de grupo (plan) _____	Nº de Unión Local _____
Dirección _____	Nº de Teléfono _____	
Empleador del titular de la póliza _____		

En Caso de una Emergencia

Vecino o Pariente Que no Vive con Usted _____	
Dirección Completa _____	
Nº de Teléfono _____	Relación con el Paciente _____

Entiendo que en algunos casos, se obtendrán informes de la Oficina de crédito.

Firma (firma de los padres del menor) _____

Actualización (fecha e iniciales) _____