



www.orthoworks.com

ADULT PATIENT INFORMATION
INFORMACIÓN del PACIENTE ADULTO

PATIENT INFORMATION (Please Print)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Escriba con claridad)

Patient's Name / Nombre del Paciente
Date of Birth / Fecha de Nacimiento
Last Apellido, First Primer Nombre, Middle Segundo, Month Mes /Day Día /Year Año, M, F

Home Address / Dirección
Street Calle, City Ciudad, Zip Code Código Postal, Phone () / Teléfono

Social Security Number / Número de Seguro Social
E-mail Address / Correo Electrónico

Employer / Empleador
Occupation / Ocupación

Work Address / Dirección de Empleo
Street Calle, City Ciudad, Zip Code Código Postal, Phone () / Teléfono

Referred By / Referido por

Dentist / Dentista
Phone () / Teléfono

Physician / Doctor
Phone () / Teléfono

Spouse's Name / Esposo/a
Last Apellido, First Primer Nombre, Middle Segundo, Date of Birth / Fecha de Nacimiento, Día / Mes / Año

Social Security Number / Número de Seguro Social

Employer / Empleador
Occupation / Ocupación

Spouse's Work Address / Dirección de Empleo del esposo/a
Phone () / Teléfono

Are you covered by orthodontic insurance? ¿Está cubierto por un seguro de ortodoncia?
Yes Sí No

If yes, please complete the following information. Si es así, por favor complete la siguiente información.

IF YOU HAVE COVERAGE FROM MORE THAN ONE COMPANY, PLEASE GIVE ALL INFORMATION FOR EACH COMPANY. SI USTED ESTÁ CUBIERTO POR MÁS DE UNA COMPAÑÍA, FAVOR DE INDICAR TODA LA INFORMACIÓN DE CADA COMPAÑÍA.

Name of Insurance Company Nombre de la Compañía de Seguros
Name of Policy Holder Nombre del Asegurado en la póliza
Date of Birth Fecha de Nacimiento

Policy Holders' Employer(s) Empleador(es) del Asegurado
Union Local Number(s) Números locales de la Unión
Employer Group Number Número de Grupo del Empleador

Person Responsible for Account Persona responsable de la Cuenta:

(If person other than above, please give address, phone and relationship.)

(If person other than above, please give address, phone and relationship.)
(Si es una persona diferente a la anterior, por favor de dar la dirección, el teléfono y la relación con usted.)

Name Nombre: _____

DENTAL HISTORY HISTORIA DENTAL

Date of last dental care Fecha de la última visita dental _____

Family history of orthodontic problems Historia familiar de problemas de ortodoncia _____

Has an orthodontist been consulted previously? ¿Ha consultado con un ortodontista anteriormente? _____

Have you ever had your teeth straightened? (orthodontic) Yes No If yes, when
¿Alguna vez se ha enderezado los dientes? (ortodoncia) Sí No Si es así, ¿Cuándo? _____

What is your main concern? _____
¿Cuál es su preocupación principal? _____

GUM **Yes No**
ENCÍAS **Sí No**
Have you ever had treatments for gum disease?
¿Alguna vez ha tenido tratamiento por enfermedad en las encías?

If yes, when and by whom: _____

Si es así, ¿Cuándo y por quién?:

Do your gums bleed?
¿Le sangran las encías?

Have you had any gum boils or swelling?
¿Ha tenido abscesos o hinchazón en las encías?

TEETH **Yes No**
DIENTES **Sí No**

Are you self-conscious about the appearance of your teeth?
¿Es Ud. consiente de la apariencia de sus dientes?

Do your teeth feel loose?
¿Se sienten sueltos sus dientes?

Do you clench or grind your teeth?
¿Se aprietan o rechinan los dientes?

Do you have sore or sensitive teeth?
¿Tiene Ud. los dientes doloridos o sensibles?

a) To cold, hot or sweet
Al frío, al calor o al dulce

b) Chewing pressure
Presión al masticar

Has there been any injury to the face, mouth or teeth?
¿Ha tenido alguna lesión en la cara, boca o dientes?

TMJ **Yes No**
ATM **Sí No**

Does your jaw click, hurt or lock?
¿Hace un clic, le duele o se le bloquea su mandíbula?

Do you have pain elsewhere in your face or jaw?
Tiene Ud. dolor en otro lugar de su cara o mandíbula?

ORAL HYGIENE **Yes No**
HIGIENE ORAL **Sí No**
Has a dentist or hygienist shown you how to clean your teeth?
¿Le ha demostrado un dentista o higienista como limpiarse los dientes?

Do you still use these methods?
¿Todavía utiliza estos métodos?

How often do you brush your teeth? _____
¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes?

List type of toothbrush:
Enumere el tipo de cepillo de dientes que usa Ud:
 hard/ duro medium/ mediano soft/suave electric/ eléctrico
 other/ otro _____

List any other aids:
Enumere otras ayudas:
 floss/ hilo dental Stimudent/ Stim-U-dent water spray
device/ dispositivo de pulverización de agua
 rubber tip/ punta de goma toothpick/ palillo
de dientes other/ otro _____

How often used: _____
¿Con qué frecuencia se usa?

Additional general dental information/Información dental general adicional:

Name Nombre: _____

MEDICAL HISTORY HISTORIA MÉDICA

Date of last medical care _____

Fecha de la última asistencia médica

Have you been a patient in a hospital in the past 2 years? Yes No Reason: _____

¿Ha sido Ud. paciente en un hospital en los últimos 2 años Sí No Razón:

Health is Excellent Good Fair Poor

Su salud es Excelente Buena Regular Mala

Do any of the following pertain to you? (Please check and describe fully under remarks.)

¿Se refiere a Ud. una o más de las siguientes? (Por favor, marque todo lo que aplique y describa por completo en el área para comentarios.)

	Yes	No		Yes	No
	Sí	No		Sí	No
1. Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Heart Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias			Enfermedad cardíaca		
a) Penicillin or other Antibiotics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Heart Murmur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A la penicilina u otros antibióticos			Soplo cardíaco		
b) Local anesthetic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Rheumatic Fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anestesia local			Fiebre Reumática		
c) Metal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metal			Apoplejía		
d) Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Do you have a pacemaker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Látex			¿Tiene Ud. un marcapasos?		
e) Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. High Blood Pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro			Presión Arterial Alta		
2. Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Low Blood Pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis			Presión Arterial Baja		
3. Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Kidney Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma			Enfermedad de los Riñones		
4. Blood Disease or Abnormal Bleeding Problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Liver Disease, Hepatitis, Jaundice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de la sangre o problemas de flujo de			Enfermedad del hígado, Hepatitis, Ictericia		
a) Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Psychiatric Treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia			Tratamiento psiquiátrico		
b) Clotting problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Radiation Treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de coagulación			Tratamiento de Radiación		
c) Excessive bleeding requiring treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Respiratory Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flujo de sangre excesivo que requiere			Enfermedad Respiratoria		
d) Other blood disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Stomach or Duodenal Ulcers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros trastornos de la sangre			Úlceras del Estómago o Duodenales		
5. Chest Pains, Ankle Swelling or Shortness of Breath	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Tumor History	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor del pecho, hinchazón de los tobillos o falta			Historia de Tumores		
6. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Venereal Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes			Enfermedad Venérea		
Occurrence in immediate family	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Are you pregnant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocurrencia en la familia inmediata			¿Está Ud. embarazada?		
7. Epilepsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. A.I.D.S. / HIV +	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia			S.I.D.A. / VIH +		
8. Fainting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Phen-Fen or Diet Drugs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayos			Phen-Fen o Drogas Dietéticas		
9. Glandular Disease (thyroid, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Bisphosphonates	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad glandular (tiroides, etc.)			Bifosfonatos		
10. Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Other medical concerns: _____		
Glaucoma			Otras preocupaciones médicas:		

Name Nombre: _____

Yes No
Sí No

31. Are you taking medicine, drugs or pills regularly?
¿Está Ud. tomando medicamentos, drogas o píldoras con regularidad?

If so, name of medication(s) _____
Si es así, diga el nombre del medicamento(s)

32. Do you require pre-medication with antibiotics prior to dental treatments (based on physician's instructions)?
¿Requiere Ud. pre-medificación con antibióticos antes de tratamientos dentales? (basado en la instrucción de un médico)

If so, name of medication(s) _____
Si es así, diga el nombre del medicamento(s)

33. Have you experienced any unfavorable reaction to previous dental treatments?
¿Ha tenido alguna reacción desfavorable a los tratamientos dentales anteriores?

Please explain particulars regarding any "yes" answers given above: _____
Por favor, explique los detalles con respecto a las respuestas "sí" anteriores:

ACKNOWLEDGEMENT AND AUTHORITY
RECONOCIMIENTO Y AUTORIDAD

I consent to treatment as necessary or desirable to the care of the patient first named above, including, but not restricted to, whatever drugs, medicine, performance of operations and conduct of laboratory, x-ray or other studies that may be used by the attending doctor or his nurse or qualified designate.

Doy mi consentimiento para el tratamiento según sea necesario o conveniente para el cuidado del paciente mencionado arriba, incluyendo, pero sin limitarse a, cualesquiera que sean las drogas, la medicina, el rendimiento de las operaciones y la conducta de laboratorio, rayos X u otros estudios que pueden ser utilizados por el médico o su enfermera o un designado con calificación.

I also acknowledge full responsibility for the payment of such services and agree to pay for them. OrthoWorks Dental Group may run a credit report on me and/or my guarantor.

También reconozco toda la responsabilidad por el pago de tales servicios y estoy de acuerdo en pagar por ellos. OrthoWorks Dental Group puede ejecutar un informe de crédito sobre mí y / o mi garante.

I authorize assignment of insurance benefits payable to OrthoWorks.
Autorizo la asignación de beneficios de seguro para pagar a OrthoWorks.

Signed _____ Date _____
Firma Fecha

Patient, Parent or Agent (Must be 18 years or older)
Paciente, Padre o Agente (debe tener 18 años o más)

There is no change, to my personal knowledge, on my medical history.
No hay ningún cambio, a mi conocimiento personal, en mi historial médico.

Medical History Reviewed:
Historia médica revisada por:

Date: _____ Initial: _____ Date: _____ Initial: _____ Date: _____ Initial: _____
Fecha: _____ Inicial: _____ Fecha: _____ Inicial: _____ Fecha: _____ Inicial: _____