



www.orthoworks.com

DAVID SHEN, D.M.D. & ASSOCIATES
SPECIALISTS IN ORTHODONTICS & INVISALIGN® ESPECIALISTAS EN ORTODONCIA y INVISALIGN®

CHILD PATIENT INFORMATION
INFORMACIÓN del PACIENTE NIÑO

PATIENT INFORMATION (Please Print) INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Escriba con claridad)

Patient's Name Date of Birth M F
Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento M F

Address Phone
Dirección Teléfono

School Siblings
Colegio Hermanos

Referred By Patient E-Mail
Referido por Correo Electrónico del Paciente

Dentist Phone
Dentista Teléfono

Physician Phone
Doctor Teléfono

Mother's Name Father's Name
Nombre de la Madre Nombre del Padre

Social Security Number
Número de Seguro Social

Home Address
Dirección

Phone Home / Casa Work or Emergency / Trabajo o Emergencia
Teléfono

Cell Phone Email
Teléfono móvil Correo Electrónico

Employer
Empleador

Work Address
Dirección de Empleo

Is patient covered by orthodontic insurance?
¿Está el paciente cubierto por un seguro de ortodoncia?

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.)

(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 \_\_\_\_\_

Were there any habits which might have caused the teeth to move? (i.e. nail or lip biting, thumbsucking, etc.) \_\_\_\_\_

¿Hubieron algunos hábitos que podrían haber causado el movimiento de los dientes?  
(Por ejemplo: morderse las unas o los labios, chuparse el dedo, etc.)

Has an orthodontist been consulted previously? \_\_\_\_\_

¿Ha consultado con un ortodontista anteriormente?

What is your main concern? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su preocupación principal

	<b>Yes</b>	<b>No</b>
	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Has there been any injuries to the face, mouth or teeth? . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido alguna lesión en la cara, boca o dientes?		
Does the patient have any speech problems? . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El paciente tiene algún problema del habla ?		
Are there any missing or extra permanent teeth?... . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay algún diente faltante permanente o adicional?		
List any musical instruments played by mouth _____		
Liste cualquier instrumentos musicales interpretados por la boca		

Does patient have clenching or grinding habits? . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El/la hábitos de apretar o rechinar los dientes?		
Does patient have sore or sensitive teeth? . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene el/la paciente los dientes doloridos o sensibles?		
Has patient ever had any orthodontic treatment? . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido alguna vez el/la paciente cualquier tratamiento de ortodoncia?		

### ORAL HYGIENE

#### HIGIENE ORAL

Is patient self-conscious about the appearance of his/her teeth?

¿El/la paciente se siente inseguro/ade la apariencia de sus dientes?

Additional general dental information:

Información dental general adicional:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

	<b>Yes</b>	<b>No</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
			<b>HIGIENE ORAL</b>		

Has a dentist or hygienist shown patient how to clean your teeth?

¿Le ha demostrado un dentista o higienista como limpiarse los dientes? . . .

Does patient still use these methods? . . . . .

¿Todavía utiliza estos métodos?

How often does patient brush his/her teeth? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia el/la paciente se cepilla los dientes?

List type of toothbrush:

Enumere el tipo de cepillo de dientes que usa Ud:

hard / duro  medium / mediano  soft / suave

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?

When was the last professional dental cleaning? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última limpieza dental profesional ?

How often scheduled? \_\_\_\_\_

Con qué frecuencia se usa?

Name **Nombre:** \_\_\_\_\_

## MEDICAL HISTORY HISTORIA MÉDICA

**Date of last medical care** Fecha de la última asistencia médica \_\_\_\_\_

Has your child 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 your child? (Please check yes or no to each.)

¿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"/>	10. Heart Disease .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias			Enfermedad cardíaca		
a) Penicillin or other Antibiotics .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. 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"/>	12. Rheumatic Fever .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anestesia local			Fiebre Reumática		
c) Metal .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. High Blood Pressure .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metal			Presión Arterial Alta		
d) Latex .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Low Blood Pressure .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Látex			Presión Arterial Baja		
e) Other .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Kidney Disease .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro			Enfermedad de los Riñones		
2. Arthritis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Liver Disease, Hepatitis, Jaundice .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis			Enfermedad del hígado, Hepatitis, Ictericia		
3. Asthma .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Psychiatric Treatment .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma			Tratamiento psiquiátrico		
4. Blood Disease or Abnormal Bleeding Problems ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Radiation Treatment.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de la sangre o problemas de flujo de			Tratamiento de Radiación		
a) Anemia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Respiratory Disease.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia			Enfermedad Respiratoria		
b) Clotting problems .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Stomach or Duodenal Ulcers .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de coagulación			Úlceras del Estómago o Duodenales		
c) Excessive bleeding requiring treatment .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Tumor History .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flujo de sangre excesivo que requiere			Historia de Tumores		
d) Other blood disorders.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Venereal Disease .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros trastornos de la sangre			Enfermedad Venérea		
5. Chest Pains, Ankle Swelling or Shortness of Breath....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. A.I.D.S. / HIV + .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor del pecho, hinchazón de los tobillos o falta			S.I.D.A. / VIH +		
6. Diabetes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Joint Replacement .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes			Reemplazos articulares		
Occurrence in immediate family .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Phen-Fen or Diet Drugs.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocurrencia en la familia inmediata			Phen-Fen o Drogas Dietéticas		
7. Epilepsy.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Bisphosphonates.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia			Bifosfonatos		
8. Fainting / Desmayos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Other medical concerns: .....		
9. Glandular Disease (thyroid, etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras preocupaciones médicas: .....		
Enfermedad glandular (tiroides, etc.)					

Name **Nombre:** \_\_\_\_\_

**Yes No**  
**Sí No**

28. Is patient taking medicine, drugs or pills regularly? . . . . .    
¿Está el paciente tomando medicamentos, drogas o píldoras con regularidad?

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

29. Does patient require pre-medication with antibiotics prior to dental treatments (based on physician's instructions)? . . . . .    
¿Requiere el paciente pre-medición 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)

30. Has patient experienced any unfavorable reaction to previous dental treatments? . . . . .    
¿El paciente 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 \_\_\_\_\_  
Firma

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