

HISTORIA MÉDICA:

Está actualmente bajo el cuidado de algún médico? () Si () No

Si respondió sí, explique: _____

Está tomando medicinas actualmente? () Si () No

Si respondió sí, explique: _____

Es usted alérgico a alguna medicina? () Si () No Enliste: _____

Médico: _____

Tiene o ha tenido en el pasado alguna(s) de las siguientes:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco | <input type="checkbox"/> Problemas Psiquiátricos | <input type="checkbox"/> Problemas de audición |
| <input type="checkbox"/> Cualquier problema cardiaco | <input type="checkbox"/> Presión Alta o Baja | <input type="checkbox"/> Impedimentos del habla |
| <input type="checkbox"/> Problema de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Problemas renales o hepático | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA | <input type="checkbox"/> Hiperactividad |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | | |

SOLO NIÑAS: La paciente ya tuvo su primera menstruación? _____ Si es Sí, cuando: _____

La pacienete está embarazada? () Si () No

Médico: _____

Persona a contactar en caso de emergencia: (fuera de casa)

Nombre: _____ Nro. De Casa _____ Nro. Celular: _____

SEGURO DE ORTODONCIA

Nombre de Cía. Principal de Seguros: _____

Dirección de la Cía. De seguros: _____

Teléfono: _____ #Grupo: _____

Nombre del asegurado: _____ Parentezco: _____

Fecha de Nac. Del asegurado: _____ # S.S _____

Empleador del asegurado: _____

Aseguranza Secundaria: _____

PAGO ADEUDADO AL MOMENTO DEL SERVICIO

Entiendo y estoy de acuerdo que soy responsable por pagar. Certifico que esta información es verdadera y correcta.

Adicionalmente, cuando sea apropiado, se puede obtener un reporte de crédito

Firma _____
Firma de la persona legalmente responsable por el menor y la cuenta

Fecha _____

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR UNA EXAMINACION DE ORTODONCIA HECHA POR WINNING ORTHODONTIC SMILES

FIRMA _____

FECHA: _____

AUTORIZO A WINNING ORTHODONTIC SMILES A OBTENER O BRINDAR HISTORIA MEDICA U OTRA INFORMACION RELACIONADA A TRATAMIENTO DE ORTODONCIA DE O A OTRO PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD:

Firma _____

Fecha _____

Name: _____

Tell us about yourself!

What five words best describe you?

What would you do with one million dollars?

What do you want to be when you grow up?

What do you like to do when you aren't in school?

If you could grow up to be famous, what would you be famous for?

What is the best gift you have ever received?

If you could meet anybody in person, who would you pick?