



**WINNING**  
ORTHODONTIC SMILES  
DR. SARA SGT. COL/DR. REV. ETC.

**WINNING ORTHODONTIC SMILES**

**EL PACIENTE**

FECHA DE HOY \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

(Sr./Sra./Sgt/Col/Dr/Rev.etc) Apellidos Primer Nombre Segundo Nombre Cómo prefiere que lo llamemos

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: M ( ) F ( )

Teléfono de casa: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Zip \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Marque una opción: ( ) Soltero(a) ( ) Casado(a) ( ) Separado(a) ( ) Divorciado(a) ( ) Viudo(a)

Empleador: \_\_\_\_\_ Nro. Telefónico: \_\_\_\_\_

Nombre de su cónyuge: ( ) \_\_\_\_\_ Nro. Telefónico: \_\_\_\_\_

(Sr./Sra./Sgt/Col/Dr/Rev.etc)

Empleador: \_\_\_\_\_ Nro. Telefónico: \_\_\_\_\_

Dentista Familiar: \_\_\_\_\_ Referido por: \_\_\_\_\_

Fecha de último examen dental/limpieza: \_\_\_\_\_

Tratamientos recomendados pero no completados: \_\_\_\_\_

Lista de familiares que se atienden con nosotros: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su principal consulta? Alineamiento dental Mordida TMJ Otros

**HISTORIA DENTAL:** Ahora o en el pasado, el paciente ha tenido:

Si  No  NS extracción dental permanente o "extra" (de más)?

Si  No  NS Dientes faltantes congénitamente?

Si  No  NS dientes de leche o hueso astillados o lastimados?

Si  No  NS sensibilidad dental al calor o frío; latidos o dolor?

Si  No  NS fractura en la mandíbula, quistes o infecciones bucales?

Si  No  NS "dientes muertos" o raíces curadas?

Si  No  NS encías sangrantes, mal sabor de boca o mal aliento?

Si  No  NS "problemas de encías" periodontales?

Si  No  NS impacto de comida entre los dientes?

Si  No  NS "encías hinchadas", úlceras bucales frecuentes?

Si  No  NS hábito de chupar el dedo? Hasta qué edad?

Si  No  NS hábito anormal de tragar [empujar la lengua]?

Si  No  NS historial de problemas del habla?

Si  No  NS hábito de respirar por la boca, ronquidos o dificultad para respirar?

Si  No  NS rechinado de dientes o mandíbula apretada?

Si  No  NS cualquier dolor, chasquido o bloqueo de la mandíbula o silbidos en el oído?

Si  No  NS cualquier dolor o inflamación en los músculos faciales o alrededor de las orejas?

Si  No  NS dificultad para masticar o abrir la boca?

Si  No  NS tratamientos por "TMD" o "TMJ"?

Si  No  NS cuenta de curaciones sueltas, rotas o faltantes?

Si  No  NS algún diente que irrita las mejillas, labios, lengua o paladar?

Si  No  NS dientes espaciados, torcidos o salientes?

Si  No  NS mandíbula sobre o sub desarrollada?

Si  No  NS algún familiar con problemas similares?

Si  No  NS algún problema con muelas del juicio?

Si  No  NS tratamiento periodontal (encías)?

Si  No  NS algún problema serio asociado a algún tratamiento dental anterior?

Si  No  NS tratamiento de otro dentista?

\_\_\_\_\_ Especialista

\_\_\_\_\_ Otros

Si  No  NS algún examen o tratamiento ortodóntico?

Si  No  NS Está de acuerdo en utilizar instrumentos ortodónticos (frenas) si son necesarios?

960 Ribaut Road, Suite 2, Beaufort, SC 29902

☎ 843-525-6228

☎ 843-524-4468

✉ [winningsmilesbeaufort@gmail.com](mailto:winningsmilesbeaufort@gmail.com)

📍 Winning Orthodontic Smiles

102 Buckwalter Parkway, Unit 3J, Bluffton, SC 29910

☎ 843-836-3010

☎ 843-836-3014

✉ [winningsmilesbluffton@gmail.com](mailto:winningsmilesbluffton@gmail.com)

**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

Si respondió sí, enliste: \_\_\_\_\_

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 cardíaco   | <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"/> Otros                  |

**SOLO MUJERES:**

Está usted embarazada? ( ) Si ( ) No      Está planeando quedar embarazada? ( ) Si ( ) No

Médico: \_\_\_\_\_

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Nro. De Casa \_\_\_\_\_ Nro. Celular: \_\_\_\_\_

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

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**SEGURO DE ORTODONCIA**

Nombre de Cía. Principal de aseguranza: \_\_\_\_\_

Dirección de la Cía. aseguradora: \_\_\_\_\_

Nro. 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.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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

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 \_\_\_\_\_