Virginia Family Dentistry
A TEAM APPROACH TO DENTAL CARE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre completo: _____ **Apodo:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Transgénero ☐ No binario ☐ Prefiero no decirlo Pronombre preferido: ☐ El ☐ Ella ☐ Ellos/Ellas(Elles)
Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo
Dirección de Correo: _____ Apt. #: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Área postal: _____
Dirección Física: _____ Apt. #: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Área postal: _____
Telé. del Trabajo: _____ Telé. de la Casa: _____ Telé. Celular: _____
Número de Seguro Social: _____ Correo Electrónico: _____
Empresa donde trabaja: _____
Dirección del Trabajo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Área postal: _____
Nombre de los miembros de su familia que son pacientes de nosotros: _____
A quién debemos agradecerle por haberle recomendado nuestra oficina? _____
A quién debemos avisar en caso de emergencia?
1) Nombre: _____ Telé.: _____ Relación con paciente: _____
2) Nombre: _____ Telé.: _____ Relación con paciente: _____

PERSONA RESPONSABLE FOR ESTA CUENTA

(Si el paciente es menor de edad, por favor completa las siguientes dos secciones con la información de los padres del menor)

Nombre: _____ Relación con paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección de Correo (Si es diferente de arriba): _____ Apt.#: _____
Empresa donde trabaja: _____ **Número de Seguro Social:** _____
Dirección del Trabajo: _____
Telé. de la Casa: _____ Telé. del Trabajo: _____ Telé. Celular: _____

ESPOSO/ESPOSA DEL PACIENTE O EL OTRO PADRE DEL MENOR

Nombre: _____ Relación con paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección de Correo (Si es diferente de arriba): _____ Apt.#: _____
Empresa donde trabaja: _____ **Número de Seguro Social:** _____
Dirección del Trabajo: _____
Telé. de la Casa: _____ Telé. del Trabajo: _____ Telé. Celular: _____

POR FAVOR CONTINÚE EN LA SEGUNDA PÁGINA...

Virginia Family Dentistry
A TEAM APPROACH TO DENTAL CARE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE
Página 2

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO

Seguro Dental: ☐ Sí ☐ No Fecha de efectividad: _____
Nombre del titular: _____
Fecha de nacimiento: _____
Empresa donde trabaja: _____
Compañía de seguro: _____
Grupo No.: _____ Seguro Social/Contrato#: _____

Seguro Medicó: ☐ Sí ☐No Fecha de efectividad: _____
Nombre del titular: _____
Fecha de nacimiento: _____
Empresa donde trabaja: _____
Compañía de Seguro: _____
Grupo No.: _____ Seguro Social/Contrato# _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO

Seguro Dental: ☐ Sí ☐ No Fecha de efectividad: _____
Nombre del titular: _____
Fecha de nacimiento: _____
Empresa donde trabaja: _____
Compañía de seguro: _____
Grupo No.: _____ Seguro Social/Contrato#: _____

Seguro Medicó: ☐ Sí ☐No Fecha de efectividad: _____
Nombre del titular: _____
Fecha de nacimiento: _____
Empresa donde trabaja: _____
Compañía de Seguro: _____
Grupo No.: _____ Seguro Social/Contrato# _____

POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE CITA

Estamos muy felices de ser parte de su salud y cuidado dental, y de haber reservado el tiempo para su cita. Nosotros entendemos que algunas veces es necesario cancelar o cambiar su cita. Si por cualquier motivo usted no puede mantener su cita programada con nuestra oficina, y en consideración con otros que también necesitan el cuidado, por favor tenga en cuenta nuestra póliza de cancelación de citas:

Nuestra oficina requiere por lo menos 24 horas de anticipación para cancelar su cita. Si usted no cancela su cita con 24 horas de anticipación, se cobrarán $100.00 por cada hora.

Firma de paciente: _____ **Imprima de persona responsable (Si paciente es menor):** _____

Firma de persona responsable (Si paciente es menor): _____**Fecha:** _____

PAGO DE TARIFAS PROFESIONALES

El pago es esperado al momento del servicio. Para su conveniencia, aceptamos VISA y MASTERCARD. Nuestra oficina enviará los reclamos a su compañía de seguros. Se aplicará un cargo por servicio del 0.25% mensual a todos los saldos que son más viejos de 90 días. El cargo de tasa anual del servicio es del 3%.

Yo entiendo que Virginia Family Dentistry, P.C., hará todos los esfuerzos para cobrar a mi compañía de seguros por el tratamiento recibido. Por la presente autorizo a Virginia Family Dentistry, P.C., proporcionar la información necesaria a la compañía de seguros sobre mi tratamiento, y enviar al dentista todos los pagos por los servicios dentales proporcionados a mí y a mis dependientes. Con mi firma en este documento, reconozco mi responsabilidad financiera por cualquier monto no pagado por el seguro respecto a los servicios prestados a mí o a mis dependientes. También es de mi conocimiento que si mi balance es transferido a un bufete de abogados, yo soy responsable del (33.33%) del pago del abogado o de la agencia de colección sobre la deuda no cancelada. Asimismo, el firma de abogados podrá iniciar acciones legales tales como la interposición de demandas de cobro y embargos de sueldos para recuperar los saldos pendientes. En caso de que la cuenta sea transferida a una agencia de cobranza, acepto pagar una comisión del 30% sobre el saldo no pagado.

Firma de paciente: _____ **Imprima de persona responsable (Si paciente es menor):** _____

Firma de persona responsable (Si paciente es menor): _____**Fecha:** _____

Virginia Family Dentistry
A TEAM APPROACH TO DENTAL CARE

HISTORIA MÉDICO PARA TRATAMIENTO ORTODÓNTICO

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del Paciente: _____

Nombre del Médico: _____Ciudad:_____ Teléfono:_____

MEDICATIONS

¿Está tomando algún medicamento? (con o sin prescripción) ☐ Sí ☐ No Si respondió *sí*, escríbalos:_____

¿Está tomando o han tomado medicamentos para la osteoporosis y otros trastornos óseos? (e.g. bisphosphonates)? ☐ Sí ☐ No

Si respondió *sí*, escríbalos: _____

ALERGIAS - ¿Tiene alergia o ha tenido una mala reacción a alguno de los siguientes?

☐ Látex ☐ Metálico/Níquel ☐ Medicamentos: _____ ☐ Otro:_____

CONDICIÓNES

¿Estás recibiendo tratamiento médico? ☐ Sí ☐ No Si respondió sí, explique: _____

¿Tiene algún problema de salud? ☐ Sí ☐ No Si respondió sí, explique: _____

¿Le han extirpado las amígdalas o los adenoides? ☐ Sí ☐ No Si respondió sí, cuando? _____

¿Lo usas tabaco/vapeo? ☐ Diario ☐ Semanalmente ☐ Mensual ☐ Nunca ¿Lo usas marijuana? ☐ Diario ☐ Semanalmente ☐ Mensual ☐ Nunca

Por favor, marque todo lo siguiente que corresponda:

☐ Trastorno del déficit de Atención (TDA/TDAH)	☐ Enfermedad de sangre	☐ SIDA/VIH positivo	☐ Trastornos del crecimiento	☐ Fiebre reumática
☐ Asma	☐ Trastornos del hueso	☐ Salpullido	☐ Soplo del corazón	☐ Tuberculosis
☐ Anemia	☐ Bronquitis	☐ Enfermedad de hígado/ Hepatitis	☐ Cirugía de corazón	☐ Embarazada
☐ Autismo/Asperger	☐ Cáncer	☐ Epilepsia/Convulsiones	☐ Herpes	¿Fecha del nacimiento?
☐ Artritis/Reumatismo	☐ Discapacidad del desarrollo	☐ Desmayos	☐ Presión Alta	_____
☐ Articulaciones artificiales	☐ Diabetes	☐ Frecuentes dolores de cabeza	☐ Enfermedad del riñón	
	☐ Desordenes endocrinos		☐ Sangrado prolongado	

INFORMACIÓN DE CRECIMIENTO PARA PACIENTES MENORES DE 16 AÑOS

El crecimiento puede ser un factor importante en la planificación del tratamiento. Sus respuestas nos ayudan con alternativas de tratamiento.

¿El paciente ha llegado a la pubertad? ☐ Sí ☐ No **¿Crecimiento se ha completado?** ☐ Sí ☐ No ¿ Altura del papá? _____ ¿Altura del mamá? _____

¿Hermanos o padres usaron tratamientos ortodónticos? ☐ Sí ☐ No

Niñas: ¿Empezó la menstruación? ☐ Sí ☐ No Si respondió sí, ¿cuando? ____ **Niños:** ¿Cambio de voz? ☐ Sí ☐ No Si respondió sí, ¿cuando? _____

INFORMACIÓN ADICIONAL QUE DEBERÍAMOS SABER (¿Nervioso, ansioso, problemas emocionales?)

HISTORIA DENTAL

Nombre de su dentista actual: _____

¿Cuando fue su última cita? _____ Frequencia? ☐ Dos veses por año ☐ Una ves por año ☐ Cuando tengo problema ☐ Nunca

¿Cuál es la razón de su visita? _____

☐ Sí ☐ No ¿Usted o su hijo se sienten incómodos con los dientes o la sonrisa? _____

☐ Sí ☐ No ¿Hay algún tratamiento pendiente para completar con su dentista? _____

☐ Sí ☐ No ¿Está ansioso por el tratamiento dental? _____

☐ Sí ☐ No ¿Ha tenido daños faciales o dentales? Explique: _____

☐ Sí ☐ No ¿Toca instrumento musical? ¿Cual? _____

☐ Sí ☐ No ¿Ha consultado con un ortodoncista anteriormente? ¿Con quien? _____

☐ Sí ☐ No ¿Se han extraído dientes (primarios o permanentes)? Explique: _____

☐ Sí ☐ No ¿Ha tenido tratamiento de ortodoncia antes? ¿Con quien? _____

☐ Sí ☐ No ¿Está satisfecho con el tratamiento anterior? Explique: _____

☐ Sí ☐ No ¿Hay antecedentes de chuparse los dedos? ¿Cuanto tiempo? _____

☐ Sí ☐ No ¿Tiene más dientes de lo normal o menos de lo normal? Explique: _____

Por favor, marque todo lo siguiente que corresponda:

☐ Apreta los dientes	☐ Dolor en la articulación de la mandíbula	☐ Tratamiento periodontal de encías.
☐ Muele los dientes	☐ Ruido en la articulación de la mandíbula	Explique: _____
☐ Problema al masticar	☐ Sonido de estallido en la articulación de la mandíbula	☐ ¿Problemas al hablar, qué sonidos?
☐ Dolor muscular en la cabeza y el cuello	☐ Ruido en los oídos	_____
☐ Dolor de la cabeza (Mas de lo normal)	☐ Respiración por la boca: ☐ Despierto ☐ Dormido	☐ Apnea del Sueño

He leído y entiendo las preguntas anteriores. No responsabilizaré a mi ortodoncista ni a ningún miembro de su personal por ningún error o omisión que haya cometido al completar este formulario. Si hay algún cambio posterior a este registro de historial medica/dental, yo informaré a esta práctica.

Firma de paciente: _____ Imprima de persona responsable(Si paciente es menor): _____

Firma de persona responsable(Si paciente es menor): _____Fecha: _____

Last updated: 6/30/26