



905 W 124th Avenue Suite 180 Westminster CO 80234

☎ 303-255-3339

📠 303-255-9779

info@drweddelemail.com

[drweddelemail.com/](http://drweddelemail.com)

Orthodontics NP Form (SPA)

1. Informacion Pel Paciente

Nombre: _____ Iniciales del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Como prefiere que llamen? _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Apartamento _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Unidad #: _____

Teléfono móvil: _____ Teléfono de casa: _____ Correo electrónico: _____

A quien le agradecemos por su referencia? _____

2. En caso de emergencia, llame:

Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono: _____

3. Persona Responsable De La Cuenta

Nombre:		Fecha de Nacimiento:		SS #:
Dirección:		Apartamento Unidad #:	Ciudad:	Estado: Codigo Postal:
Telefono:		Correo Electronico:		

4. ¿Tiene seguro dental?

☐ Sí ☐ No

5. Seguroseguros principal

Compañía de principal:	ID de miembro / número de póliza:	Número de grupo:	
Relación del cliente con el asegurado: ☐ Uno mismo ☐ Esposa ☐ Niño ☐ Otro			
Nombre del asegurado:	Número de teléfono del asegurado:	Fecha de nacimiento del asegurado:	Sexo del asegurado: ☐ Mujer ☐ Masculino
Dirección asegurado:	Ciudad del asegurado:	Estado del asegurado postal del:	Código postal:

6. ¿Tiene seguro dental secundario?

☐ Sí ☐ No

7. Seguroseguros secundario

Compañía de principal:	ID de miembro / número de póliza:	Número de grupo:	
Relación del cliente con el asegurado: ☐ Uno mismo ☐ Esposa ☐ Niño ☐ Otro			
Nombre del asegurado:	Número de teléfono del asegurado:	Fecha de nacimiento del asegurado:	Sexo del asegurado: ☐ Mujer ☐ Masculino
Dirección asegurado:	Ciudad del asegurado:	Estado del asegurado postal del:	Código postal:

Historia Dental

8. Dentista:

Fecha de ultima visita:

Telefono:

Dirección:

Apartamento
Unidad #:

Ciudad:

Estado:

Codigo Postal:

Que te molesta de tus dientes?

9. Has tenido accidentes en tu cara, boca, o dientes?

☐ Si

☐ No

Si es así, por favor explique:

10. Sabe de dientes extra, rotos o que le falten?

☐ Si

☐ No

Si es así, por favor explique:

11. Su boca o dientes son sensibles a la temperatura o presión?

☐ Si

☐ No

Si es así, por favor explique:

12. Sus encias sangran cuando se lava los dientes?

☐ Si

☐ No

Si es así, por favor explique:

13. Le truena o suena la mandibula?

☐ Si

☐ No

Si es así, por favor explique:

14. Talla o aprieta los dientes de noche?

☐ Si

☐ No

Si es así, por favor explique:

15. Tiene dolores de cabeza frecuentes?

☐ Si ☐ No

Si es así, por favor explique:

16. Se lava los dientes a diario?

☐ Si ☐ No

Cuántas veces al día?.

17. Usa el hilo dental?

☐ Si ☐ No

Si es así, por favor explique:

18. Cuando noto que necesitaba frenos?

19. Hace cuanto le tomaron radiografías?

☐ Si ☐ No

Cuando?

Historia Medica

20. Medico Familiar:

Fecha de ultimo visita:

Dirección: _____ Apartamento _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Unidad #: _____

21. Marque si o no y explique

	Si	No	Describa
Esta tomando medicina?			
Es alergico a algún medicamento?			
Esta actualmente bajo cuidado médico?			
Es alergico a algo?			

22. Si es alérgico a algo, por favor describa:

	¿Alérgico a?	Reacción
1		
2		
3		

23. Marque si ha padecido de estas enfermedades o condiciones médicas:

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Sangrando Abnormal | ☐ Tuberculosis | ☐ Probl. de pulmón |
| ☐ Glaucoma | ☐ Murmullo Corazón | ☐ Cancer/tumor |
| ☐ Prolonged Bleeding | ☐ Diabetes | ☐ Probl. de rinon |
| ☐ Corazon rheumatic | ☐ Hepatitis | ☐ Probl. Crecimiento |
| ☐ Anemia | ☐ Thyroide | ☐ Desordenes nerviosos |
| ☐ Desordenes de sangre | ☐ Mareos/desmayos | ☐ Presion alta |
| ☐ Probl. emocionales | ☐ Desorden de huesos/coyunturas | ☐ Epilepsia |
| ☐ HIV+ | ☐ Herpes | ☐ Sinostis |
| ☐ AIDS | ☐ Cancer | ☐ Anemia |
| ☐ Hyper activo | | |

24. Si marcó Hepatitis, especifique el tipo:

25. Esta embarazada?

- ☐ Si ☐ No

Firma

Fecha

26. USO SOLO PARA OFICINA Yo he revisado verbalmente la informacion médica/dental con el padre del paciente presente.

Iniciales: _____ Fecha: _____