



Información del Paciente (Menor de edad)

Fecha: ____/____/____

Nombre del paciente: 1° Nombre _____ 2° Nombre _____ Apellido _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Género: F ____ M ____

Colegio: _____ Grado escolar: _____ Pasatiempo(s): _____

Domicilio: _____

Motivo De Consulta: _____

Nombre de la Madre/Guardián _____

Domicilio (si difiere del paciente) : _____

Número telefónico: _____ Teléfono del trabajo : _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____ Ocupación: _____

Nombre del Padre/ Guardián: _____

Domicilio (si difiere del paciente) _____

Número de teléfono: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____ Ocupación: _____

¿Quién está acompañando el paciente? Nombre: _____ Relación: _____

¿Tiene custodia del paciente? Sí ____ No ____

¿A quién podemos agradecer por la referencia? (Por favor marque una opción)

Internet: ____ Dentista: _____ Paciente: _____ Seguro Dental: _____

INFORMACION DE EMERGENCIA

Nombre de amigo local o familiar (que no vive en el mismo domicilio): _____

Relación: _____ Número telefónico: _____

INFORMACION DEL SEGURO DENTAL

Nombre del asegurado _____ Número de ID / social del asegurado: _____

Compañía de seguro _____ Domicilio de seguro: _____

Nombre del asegurado (*secundario*) _____ Número de ID / social del asegurado: _____

Compañía de seguro _____ Domicilio de seguro: _____

HISTORIA MÉDICA

Pediatra: _____ Número telefónico: _____

Por favor marque con un círculo Sí o No:

Sí No ¿Está tomando algún medicamento? ¿Cuál? _____

Sí No ¿Es alérgico a algún medicamento o material (por ejemplo: látex, níquel)? _____

Sí No ¿Tiene antecedentes de una enfermedad grave? _____

Sí No ¿Ha tenido alguna operación? _____

Sí No ¿Alguna vez ha estado involucrado en un accidente grave? _____

Sí No ¿Fuma o mastica Tabaco? _____

Sí No ¿Está embarazada? Fecha de Parto: _____

Marque con un círculo si ha presentado o presenta una de la siguientes condiciones médicas

ADD/ADHD	Diabetes	Problema del Corazón	Trastorno mental (depresión, ansiedad, etc.)
Sangrado anormal	Mareos	Hepatitis (tipo ___)	Radiación/ quimioterapia
Anemia	Abuso de drogas/ alcohol	Hipertensión	Síndrome (Nombre_____)
Artritis	Epilepsia	VIH/SIDA	Tuberculosis
Asma	Trastornos gastrointestinales	Enfermedad renal	Tumor/Cáncer_____
Trastornos óseos	Audición/problema visual	Enfermedad pulmonar	Otro_____

HISTORIA DENTAL

Sí No ¿Está teniendo dolor de dientes? _____

Sí No ¿Le han quitado las muelas del juicio? _____

Sí No ¿Ha tenido algún trauma a la cara, la boca, o los dientes? _____

Sí No ¿Tiene algún hábito oral (respiración bucal, morderse las uñas, chuparse el dedo, hábito de lengua)? _____

Sí No ¿Le duele la mandíbula o la articulación temporomandibular? _____

Sí No ¿Tiene dolores de cabeza "frecuentes"? _____

Sí No ¿Usted aprieta o rechina los dientes? _____

Sí No ¿Tiene algún problema para hablar (pronunciar ciertos sonidos)? _____

Sí No ¿Ha consultado a un ortodoncista o ha recibido tratamiento de ortodoncia en el pasado? _____

¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes? _____

¿Cuántas veces al día usa el hilo dental? _____

He leído y entendido las preguntas anteriores. No voy a responsabilizar a mi ortodoncista o cualquier miembro de su personal por errores u omisiones que he cometido al llenar este formulario. Notificaré a mi ortodoncista de cualquier cambio en mi salud médica o dental.

Firma del Padre/Guardián _____ **Fecha:** ___/___/___

Actualización de la historia médica Cambios: _____ Fecha : _____ Iniciales: _____



19735 Germantown Rd. Suite 140
Germantown, MD 20874

I hereby agree that Dr. Natalia Tomona may use my health care information and may disclose such information to the insurance company (ies) and their agents for the purpose of obtaining payments for services and determining insurance benefits or the benefits payable for related services. I authorize the use of my signature on all insurance submissions.

I understand that my insurance plan may have a maximum amount per year. Whereas this office may help me keeping an estimate of it, it will be my responsibility to contact the insurance company for more accurate and up to date information.

I understand that I am ultimately financially responsible for all charges whether or not they are covered by the insurance plan.

Copies of claims and/or insurance payments should be requested directly by me to the insurance company.

I have read the Notice of Privacy Practice and I am aware that I can request a copy of it at any time.

I consent to receive mail, electronic mail, telephone calls, and/or text messages from Dr. Natalia Tomona.

Dr. Natalia Tomona reserves the right to charge for appointments cancelled or broken without a 24-hour advance notice.

I fully understand the above statements; my signature below constitutes my agreement.

PRINT PATIENT NAME: _____

**SIGNATURE OF PATIENT,
PARENT OR LEGAL GUARDIAN:** _____

DATE: _____



Orthodontic Treatment Clearance Form

So that we may provide the best orthodontic care possible, please complete this dental clearance form prior to orthodontic treatment

General Dentist Information:

Dr.: _____ Phone #: _____

Dentist Address: _____

Current Dental History:

Date of last examination: ____/____/____

Date of last cleaning: ____/____/____

Is this your first orthodontic consultation? ___ Y ___ N

If no, did you apply for orthodontic coverage? ___ Y ___ N

If yes, were you approved or denied? _____

I have had a current examination by my general dentist for cavities/gum disease and have been cleared to start orthodontic treatment. I have been advised of the importance of routine cleanings and examinations throughout my orthodontic care.

Patient/Parent/Legal Guardian signature

_____/_____/_____
Date

***Regular dental care is important for everyone's dental health. Tomona Orthodontics, by following dental control guidelines from Centers of Disease Control and the American Dental Association, offers a comfortable and safe environment for dental care. Patients with questions or concerns are encouraged to call our office manager or Dr. Tomona at 301-540-6301. Tours of Central Sterilization are also available upon request.