

# P E T E R S O N O R T H O D O N T I C S

Shon J. Peterson, D.M.D., M.S.

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_  
Direccion de su casa \_\_\_\_\_ Por cuanto tiempo \_\_\_\_\_  
E-mail address \_\_\_\_\_ Numero de Seguridad Social \_\_\_\_\_  
Telefono de la casa \_\_\_\_\_ Telefono celular \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Ocupacion \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Por cuanto tiempo \_\_\_\_\_  
Direccion de trabajo \_\_\_\_\_  
Beneficios de seguro para ortodoncia? \_\_\_\_\_ Numero del grupo \_\_\_\_\_  
Compania del seguro \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Nombre del Esposo/Esposa \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Ocupacion del esposo/esposa \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Por cuanto tiempo \_\_\_\_\_  
Beneficios de seguro para ortodoncia? \_\_\_\_\_ Numero del grupo \_\_\_\_\_  
Compania del seguro \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Nombre del doctor \_\_\_\_\_ direccion \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
Nombre del dentista \_\_\_\_\_ direccion \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
Nombre de alguien en su familia que no vive con usted \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

SI TIENE ALGUNOS DE ESTOS PROBLEMAS, POR FAVOR, MARQUE SI O NO

_____ Sida(aids)	_____ Sangres mucho(exs bleeding)
_____ anemia	_____ Alto reflejo de la murduza(Gag reflex)
_____ Asthma	_____ Desfalliciamiento o vertigos(fainting or dizzy)
_____ Transfussion de sangre(blood trans)	_____ Problemas creciendo(growing problems)
_____ Defectos de nacimiento(birth defects)	_____ Dolor de cabeza(headaches)
_____ Problemas del huesos(Bone prob)	_____ Problemas hablando o oyendo(talk/hear issue)
_____ Garas moriton facil(bruise easily)	_____ Murmullos de Corazon(heart murmur)
_____ Cancer o malignancias	_____ Hemophilia
_____ Cerebral Palsy	_____ Problemas del igado(liver)
_____ Infection de la amigdata(Tonsils)	_____ Hepatitis or liver disease
_____ Infecciones del oreja(ear infec)	_____ Leukemia
_____ Labio o paladar de hendidura(cleft)	_____ Deficiencia de la nutricion(nutrition)
_____ Enfermedad cardiaca congenito(CHD)	_____ Oral ulcers
_____ Convulsiones o asimiento(convulsions)	_____ Problemas con los patas(orthopedic)
_____ Diabetetes	_____ Rheumatic Fever
_____ Congestion de oreja(ear stuffiness)	_____ Scholiosis
_____ Epilepsy	_____ Syndrome _____
_____ Problemas con los ojos(eye problems)	_____ Tuberculosis

11265 Decatur St., Suite 400, Westminster, CO 80234

Ranch Reserve Plaza 112th & Federal

ph 303-452-4656 • fax 303-254-6994 • www.petersonortho.com

Toma medicina?(taking meds)\_\_\_\_\_ Que tipo(type)\_\_\_\_\_

Tiene alergias a comida o medicina? (food or med allergies)\_\_\_\_\_ Que son?\_\_\_\_\_

Ha tenido tratamiento de ortodoncia antes?(prev ortho tx)\_\_\_\_\_ Cuando?(when)\_\_\_\_\_

Tiene enfermedad periodontal?(perio disease)\_\_\_\_\_

Ha tenido tratamiento para una mala mordedura?(tx for bad bite)\_\_\_\_\_

Ha tenido tratamiento para los problemas de la quijada o musculos faciales?(jaw/face muscles)\_\_\_\_\_

Despierta con dolor de sus dientes o quijada(pain w/teeth or jaw)\_\_\_\_\_

Aprieta o muelle sus deintes cuando duerme?(clenching)\_\_\_\_\_

Tiene dolor de cabeza o tension de cabeza?(migranes)\_\_\_\_\_

Tiene sensibilidad quando mastica?(sensitivity)\_\_\_\_\_

Tiene dolore de cabeza o musculos del cuello tieso?(stiff neck)\_\_\_\_\_

Sus musculos de la quijada cansan frecuentemente?(frequent jaw pain)\_\_\_\_\_

Tiene problemas abriendo la boca grande?(opening wide)\_\_\_\_\_

Tiene problemas tragando?(problems swallowing)\_\_\_\_\_

Tiene artritis?\_\_\_\_\_

Hay recibio una golpe duro al lado de cabeza o de la quijada?(blow to head or jaw)\_\_\_\_\_

Tiene problemas con sus oidos, por ejemplo, cambio de oido?(change of hearing)\_\_\_\_\_

Oye sonidos de su quijada?(tmj sounds)\_\_\_\_\_

Tiene dolor de la quijada o musculos en la cara?(jaw pain)\_\_\_\_\_

Este dolor le molesta cuando trabaja o hace actividades?(causes dscmft w/ job)\_\_\_\_\_

Hay teimpo que nota que el problema es menos o ido totalmente?(gets better)\_\_\_\_\_

Piensa que nesita tratameinto por este problema?(need tx)\_\_\_\_\_

Toma aspirina?(take aspirin)\_\_\_\_\_

Hay otra informacion importante a contar a nosotros?(other info)\_\_\_\_\_

Porque esta aqui?(why are you here)\_\_\_\_\_

Por favor, explica:\_\_\_\_\_

---

**Quien le mando a usted a esta oficina?**\_\_\_\_\_

**Tiene otra familia que attendemos en esta oficina?(other family members)**\_\_\_\_\_

---

Es posible que un informe de credito sera obtenido.

\_\_\_\_\_  
Firme aqui

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy