

PETERSON ORTHODONTICS

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

Fecha de hoy _____

Nombre de Paciente _____ Apodo _____
Direccion de casa _____
Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
Telefono de la casa _____ Telefono celular _____
Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____
Escuela _____ Grado _____ Peso _____ Estatura _____

PERSONAS RESPONSIBLES

Nombre de Padre _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____
Direccion de casa _____
Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
Ocupacion _____ Por cuanto tiempo _____ SSN _____
Empleador _____
Direccion de trabajo _____
Beneficios de seguro para ortodoncia? _____ Numero del grupo _____
Compania del seguro _____
Direccion _____ Telefono _____

Nombre de Madre _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____
Direccion de casa _____
Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
Ocupacion _____ Por cuanto tiempo _____ SSN _____
Empleador _____
Direccion de trabajo _____
Beneficios de seguro para ortodoncia? _____ Numero del grupo _____
Compania del seguro _____
Direccion _____ Telefono _____

Vive con _____ Otros hermanos _____

Otros miembros de la familia que atendemos en esta oficina? _____

OTRA INFORMACION

Nombre del doctor _____ direccion _____ telefono _____
Nombre del dentista _____ direccion _____ telefono _____
Nombre de alguien en su familia que no vive con usted _____ telefono _____

11265 Decatur St., Suite 400, Westminster, CO 80234
Ranch Reserve Plaza 112th & Federal
ph 303-452-4656 • fax 303-254-6994 • www.petersonortho.com

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

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

Es su nino bajo el cuidado de un doctor por un problema medico?_____

Que problema?_____

Es su nino adoptivo?_____

Era un parto prematuro?_____ Cuantos semanas?_____

Problemas medicos al nacer o al tiempo temprano?_____

Explica, por favor_____

Toma medicina?(taking meds)_____ Que tipo(type)_____

Ha tenido cirugias?_____

Tiene alergias de comida o medicina? (food or med allergies)_____ Que son?_____

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

Ha consultada otro ortodontista?_____

Ha tenido alguna herida a la boca, cara, los dientes?_____

Historia de chuparse el dedo?_____ a que edad_____

Respira por la boca?_____ cuanda despierto?_____ a la noche?_____

Era informado de dientes ausentes?_____

Aprieta los dientes?_____ por el dia?_____ a la noche?_____

Hay dolor de la boca, hace clic la quijada, o abertura limitada de la quijada?_____

Explica:_____

Instrumentos musicales tocado:_____

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

Porque esta aqui?(why are you here)_____

Por favor, explica:_____

Es posible que un informe de credito sera obtenido.

Firme aqui

Fecha de hoy