

BIENVENIDOS A NUESTRA OFICINA **Lawrence F. Cacchiotti, D.D.S., M.S.**
1111 S 40th Ave., Wa, 98908
(509) 966-2200

INFORMACION DEL PACIENTE:

PATIENT INFORMATION

Fecha: _____
Date

Apellido _____ Primer _____ Segundo _____
Last First Middle

Nombre Preferido: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Femenino / Masculino
Preferred name DOB Age Gender

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Address: City State Zip

Numero del Seguro Social: _____ Correo electrónico: _____
SSN E-Mail Address

Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____
Phone Home Work Mobile

Lugar de Empleo: _____ Ocupación / Título de Trabajo: _____
Employer Occupation/Title

Si es estudiante, nombre de la escuela: _____ Intereses del paciente: _____
If Student, Name of School Patient's Hobbies/Interests

Circule el estado civil del paciente: *Menor Soltero Casado Separado Divorciado Viudo*
Circle appropriate status: Minor Single Married Separated Divorced Widowed

Dentista del paciente: _____ Doctor de la familia: _____
Family Dentist Family Physician

Cuando fue su ultima visita al dentista? _____ Esta todo el trabajo dental terminado? _____
When was your last dental visit Is all dental work complete

SI EL PACIENTE ES MENOR - INFORMACION DE LOS PADRES O PERSONA ENCARGADA FINANCIERAMENTE DEL MENOR

PARENT/GUARDIAN INFORMATION

Madre/Guardian: _____
Mother/Guardian Name

Fecha de nacimiento: _____ Numero del seguro: _____
DOB SSN

Dirección: Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Address: Mailing City State Zip Code

Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____
Home Work Mobile

Lugar de Empleo: _____ Ocupación / Título de Trabajo: _____
Employer Occupation/Title

Padre/Guardian: _____
Father/Guardian Name

Fecha de nacimiento: _____ Numero del seguro: _____
DOB SSN

Dirección: Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Address: Mailing City State Zip

Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____
Home Phone Work Phone Mobile

Lugar de Empleo: _____ Ocupación / Título de Trabajo: _____
Employer Occupation

INFORMATION DEL ESPOSO(A):

SPOUSE'S INFORMATION

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Numero del seguro: _____
Spouse's Name DOB SSN

Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____
Home Phone Work Phone Mobile

Lugar de Empleo: _____ Ocupación: _____
Employer Occupation

INFORMACIÓN DE SEGURO DE ORTODONCIA:

Asegurancia del estado: Si o No

*****Alguna otra oficina ha enviado una solicitud para tratamiento de ortodoncia: **Si o No**

Nombre de la persona: _____ Compañía de seguros: _____
Teléfono de la compañía: _____ Dirección de la compañía de seguros: _____

Numero de Grupo: _____ Identificación de la póliza: _____

INFORMACIÓN DE SALUD:

El paciente ha tenido lesiones en los dientes o en la boca?	Si	No
El paciente tuvo o tiene habito de chuparse el pulgar o los dedos?	Si	No
Si es así, cuando lo dejo: _____		
El paciente respira por la boca mas que por la nariz?	Si	No
El paciente fue visto o tratado por un Ortodontologo anteriormente?	Si	No
El paciente ha sufrido de inflamación crónica de las anginas?	Si	No
Le removieron las anginas o adenoides?	Si	No
Y si es así, cuando fue? _____		

El paciente tiene alguna condición medica la cual requiere pre-medicamentos con antibióticos antes de cualquier tratamiento dental?

	Si	No
El paciente toma medicamentos a base diaria?	Si	No
Y si es así, cuales son? _____		

SI EL PACIENTE TIENE ANTECEDENTES DE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES: (FAVOR DE MARCAR)

- | | |
|---|-----------------------|
| _____ Sida | _____ Asma |
| _____ Glaucoma | _____ Desmayos |
| _____ Hepatitis | _____ Sangrado severo |
| _____ Fiebre reumática | |
| _____ Tuberculosis | |
| _____ Frecuente dolor de cuello | |
| _____ Dolor en los músculos de la quijada | |
| _____ Frecuentes dolores de cabeza | |
| _____ Ruido o bloqueo de la mandíbula | |
| _____ Apretar/Rechinar los dientes | |

Alergias a: _____
 Favor de anotar cualquier historial médico que usted crea que es importante: _____

Afirmo que la información que he proporcionado es correcta y basada en mi conocimiento. Entiendo que se mantendrá con estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a esta oficina cualquier cambio en mi estado médico.

 Firma del paciente o Padre (si el paciente es un menor)
 Signature of Patient/Parent (if pt is minor)

 Fecha
 date

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

Guardamos un expediente de los servicios del cuidado que le proporcionamos. Usted puede solicitar una copia de ese expediente.

Nuestro aviso de las prácticas de privacidad describe más detalladamente cómo su información de salud puede ser utilizada y ser divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información.

CON MI FIRMA A CONTINUACIÓN, RECONOZCO QUE HE LEÍDO EL AVISO ANTERIOR Y PUEDO SOLICITAR UNA COPIA DE NUESTRO AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD EN CUALQUIER MOMENTO

 Firma del paciente o del individuo legalmente autorizado
 Signature of Patient/Parent (if pt is minor)

 Fecha
 date

 Nombre con letra imprenta
 Printed Name

 Fecha
 date