

**Dr. Juan R. Emmanuelli Jr.**  
**Dr. Charles H. Quiles**  
**Ortodoncia**

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_

Tels. Cel: \_\_\_\_\_ Residencial: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Lugar de empleo o escuela donde estudia: \_\_\_\_\_

Posición que ocupa: \_\_\_\_\_ Tiempo en el empleo: \_\_\_\_\_

# Seguro Social: \_\_\_\_\_ #Lic. De Conducir: \_\_\_\_\_

¿Tiene Seguro de Ortodoncia? \_\_\_\_\_ Nombre de la compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

Dentista del Paciente: Dr(a). \_\_\_\_\_ Referido Por: \_\_\_\_\_

¿Cuándo vió al Dentista por última vez? \_\_\_\_\_

Preocupación mayor del paciente para haber venido aquí: \_\_\_\_\_

**Información De Padres (Menores) Conyuge (Adulto)**

Nombre del Padre (esposo/adultos): \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Licencia de Conducir \_\_\_\_\_

# de Dependientes \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Tels: Cel: \_\_\_\_\_ Residencial: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Lugar de empleo: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_

Ingreso: Semanal \$ \_\_\_\_\_ Quincenal \$ \_\_\_\_\_ Mensual \$ \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre (esposa/adultos): \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # Licencia de Conducir: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Telefonos: Cel: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Lugar de empleo: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_

Ingreso: Semanal \$ \_\_\_\_\_ Quincenal \$ \_\_\_\_\_ Mensual \$ \_\_\_\_\_

Persona Responsable de la Cuenta: \_\_\_\_\_

# De Seguro Social \_\_\_\_\_ # De Licencia \_\_\_\_\_

**Dr. Juan R. Emmanuelli Jr.**  
**Dr. Charles H. Quiles**  
**Ortodoncia**

Nombre Del Médico Principal: Dr(a): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Se encuentra el paciente en buena salud? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Está bajo algún tratamiento médico actualmente? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Explique si su contestación es Si. \_\_\_\_\_

¿Está tomando algún medicamento actualmente? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombres de los medicamentos si su contestación es Si: \_\_\_\_\_

Enfermedad o condición que padece actualmente: \_\_\_\_\_

Marque el encasillado que corresponda, Si ha tenido una de éstas condiciones:

Presion alta	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Soplo Cardiaco	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Embarazada	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Problemas Cardiacos	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Venereas	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Fiebre Reumatica	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Problemas de hueso	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	HIV Positivo	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Sinusitis	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Problemas de oido	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Accidentes	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Mononucleosis	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Artritis	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No

Otro (Especifique): \_\_\_\_\_

¿Hay historial de alergia a medicamentos, comidas u otros? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si su respuesta es Si, favor especifique: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido golpes en la cara?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	¿Chupa o ha chupado dedo?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
¿Ha recibido golpes en los dientes?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	¿Tiene problemas al hablar?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
¿Respira usted por la boca?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	¿Ha tenido muchas caries?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
¿Ha visto otro ortodoncista?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	¿Ha visto un cirujano oral?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
¿Se le cansan las quijadas?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	¿Le suena la boca al abrir?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
¿Tiene dolor en la quijada?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	¿Le sangran las encias?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No

Favor de comentar al reverso de ésta página, cualquier condición médica o dental que no se haya mencionado aqui.

**Certifico que toda la información suministrada hoy es correcta**

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_