



Información Del Paciente Nuevo (Adulto)

Fecha: _____

Nombre del Paciente: Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad : _____ Género : F ___ M ___ Estado Civil: _____

Ocupación: _____ Empleador: _____

Domicilio: _____

Número de Teléfono: _____ Teléfono de trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre de Cónyuge: _____

PRINCIPAL PRECUPACION PARA LA VISITA DE HOY: _____

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

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

INFORMACION DE EMERENCIA

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

Relación: _____ Número telefónico : _____ Número de trabajo: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO DENTAL

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

Compañía de seguro _____ Domicilio de seguro: _____

Seguro secundario? Si ___ No ___ En casa afirmativo:

Nombre del asegurado _____ Numero de ID / social del asegurado _____

Compañía de seguro _____ Domicilio de seguro: _____

HISTORIA MEDICA

Médico General: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Por favor marque con un círculo Sí o No:

SI No ¿Está tomando algún medicamento? En caso afirmativo, ¿cuál _____

SI No ¿Es alérgico a algún medicamento o material (por ejemplo, látex, níquel)? En caso afirmativo especificar _____

SI No ¿Tiene antecedentes de una enfermedad grave? _____

SI No ¿Ha tenido alguna operación? _____

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

SI No ¿Fuma o mastica tabaco? _____

SI No ¿Está embarazada? Fecha de Parto: _____

Círculo de cualquiera de las condiciones médicas inferiores que han tenido o tienen actualmente

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 (name _____)

Artritis Epilepsia VIH / SIDA Tuberculosis

Asma Tostornos gastrointestinales Enfermedad renal ____ Tumor / Cáncer _____

Trastornos óseos Audición / problemas visuales Enfermedad pulmonar Otros _____

Comentario: _____

HISTORIA DENTAL

SI No ¿ Está teniendo dolor de dientes? _____

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

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

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

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

SI No ¿Usted aprieta o rechina los dientes? _____

SI No ¿Tiene dolores de cabeza "Frecuentes"? _____

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

SI No ¿Ha consultado a un ortodoncista o recibió tratamiento de ortodoncia en el pasado? _____

Cuántas veces 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 ortodontista o cualquier miembro de su personal por errores u omisiones que he cometido al llenar este formulario. Notificaré a mi ortodontista de cualquier cambio en mi salud médica o dental.

Firma Del Paciente _____ **Fecha** _____

Cambios: _____ Fecha: _____



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.