



Today's date: <i>(Fecha)</i>			Dentist: <i>(Dentista)</i>		
PATIENT INFORMATION <i>(INFORMACION DEL PACIENTE)</i>					
Patient's last name: <i>(Apellido)</i>		First: <i>(Nombre)</i>		Middle: <i>(2do Nombre)</i>	
					Marital status (circle one) <i>(Estado civil)</i> Single / Mar / Div / Sep / Wid <i>Soltero(a) / Casado(a) / Divor / Separado(a) / Viudo(a)</i>
Birth Date: <i>(Fecha de Nacimiento)</i> / /		Sex: <i>(Sexo)</i>	Email: <i>(Correo electronico)</i>		
Street address: <i>(Dirección)</i>			Social Security no.: <i>(# seguro social)</i>		Home phone no.: <i>(Teléfono de Casa)</i> ()
City: <i>(Ciudad)</i>		State: <i>(Estado)</i>		Zip code: <i>(Código postal)</i>	
			Mobile phone: <i>(Celular)</i> ()		
Occupation: <i>(Ocupación)</i>		Employer: <i>(Empleador)</i>			Employer phone no.: <i>(Teléfono de Trabajo)</i> ()
How did you hear of us/ Who referred you to us?: <i>(Como supo de nosotros/ Quien lo refirió?)</i>					
<input type="checkbox"/> Dr. _____					
<input type="checkbox"/> Other <i>(Otro)</i>					
Other family members seen here: <i>(Algún miembro de la familia asiste aquí)</i>					
Hobbies/Interests:					
Person responsible: <i>(Persona responsable)</i>		Birth date: <i>(Fecha de nacimiento)</i> / /		Address (if different): <i>(Dirección)</i>	
					Home phone no.: <i>(Teléfono de Casa)</i> ()
Is this person a patient here? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>(Es paciente con nosotros?) (Si) (No)</i>					
Occupation: <i>(Ocupación)</i>		Employer: <i>(Empleador)</i>		Employer address: <i>(Dirección)</i>	
					Employer phone no.: <i>(Teléfono)</i> ()
Is this patient covered by insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>(Esta este paciente cubierto por la aseguranza?) (Si) (No)</i>					
INSURANCE INFORMATION <i>(INFORMACION DE ASEGURANZA)</i>					
Please indicate primary insurance <i>(Aseguranza Primaria)</i>				Insurance address: <i>(Dirección)</i>	
Subscriber's name: <i>(Nombre del asegurado)</i>		Subscriber's S.S. no.: <i>(Seguro Social del asegurado)</i>	Birth date: <i>(Fecha de Nacimiento)</i> / /	Group no.: <i>(Numero de Grupo)</i>	Policy no.: <i>(Número de póliza)</i>
Patient's relationship to subscriber: <input type="checkbox"/> Self <i>(Mismo)</i> <input type="checkbox"/> Spouse <i>(Cónyuge)</i> <input type="checkbox"/> Child <i>(Hijo [a])</i> <input type="checkbox"/> Other <i>(Otro)</i>					
Name of secondary insurance (if applicable): <i>(Nombre de segunda aseguranza, [si aplica])</i>		Subscriber's name: <i>(Nombre del Asegurado)</i>		Group no.: <i>(Número de Grupo)</i>	Policy no.: <i>(Número de póliza)</i>
Patient's relationship to subscriber: <input type="checkbox"/> Self <i>(Mismo)</i> <input type="checkbox"/> Spouse <i>(Cónyuge)</i> <input type="checkbox"/> Child <i>(Hijo [a])</i> <input type="checkbox"/> Other <i>(Otro)</i>					
IN CASE OF EMERGENCY <i>(EN CASO DE EMERGENCIA)</i>					
Name of local friend or relative: <i>(Nombre de amigo(a) local o familiar)</i>			Relationship to patient: <i>(Relación con el paciente)</i>	Home phone no.: <i>(Teléfono de Casa)</i> ()	Work phone no.: <i>(Teléfono de Trabajo)</i> ()
The above information is true to the best of my knowledge. I authorize my insurance benefits be paid directly to the orthodontist. I understand that I am financially responsible for any balance. I also authorize Rivera Orthodontics or insurance company to release any information required to process my claims. <small>La información anterior es verdadera en mi conocimiento. Autorizo a mi compañía de seguros pagar directamente al Ortodoncista. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier balance. También autorizo a Rivera Orthodontics o compañía de seguros para dar cualquier información necesaria para procesar mis reclamos.</small>					
Patient/Guardian signature <i>(Firma del paciente/ Tutor)</i>				Date <i>(Fecha)</i>	

MEDICAL HISTORY (HISTORIA MEDICA)

Physician: <small>(Doctor)</small>	Date of Last Visit: <small>(Ultimo día de visita)</small>
Address: <small>(Dirección)</small>	Phone: <small>(Teléfono)</small>
Please select Yes or No (if yes, please fill in details): <small>(Por favor marque Si o No, en caso afirmativo favor de especificar)</small>	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <small>(Si) (No)</small>	Are you taking any medication? <small>Toma algún medicamento?</small>
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <small>(Si) (No)</small>	Are you allergic to any medication? <small>Es alérgico a algún medicamento?</small>
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <small>(Si) (No)</small>	Do you have a history of a major illness? <small>Tiene antecedentes de algún padecimiento grave?</small>
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <small>(Si) (No)</small>	Have you had any operations? <small>Ha tenido operaciones?</small>
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <small>(Si) (No)</small>	Have you ever been involved in a serious accident? <small>Ha esta involucrado en algún accidente grave?</small>
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <small>(Si) (No)</small>	Have you ever smoked or chewed tobacco? <small>Alguna vez ha fumado o masticado tabaco?</small>
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <small>(Si) (No)</small>	Have seen a physician in the last 12 months? Why? <small>Ha visto a un médico en los últimos 12 meses? Porque?</small>
Female Patients only: <small>Solo para pacientes femeninas</small>	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <small>(Si) (No)</small>	Are you pregnant? <small>Esta embarazada?</small>
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <small>(Si) (No)</small>	Has menstruation started? When? <small>Ha comenzado a menstruar? Cuando?</small>
Select any of the medical conditions below that you have had or currently have. <small>(Seleccione condiciones medicas que ha tenido o tiene actualmente)</small>	
<input type="checkbox"/> Abnormal bleeding/Hemophilia <small>(Sangrado anormal/Hemofilia)</small> <input type="checkbox"/> Anemia <small>(Anemia)</small> <input type="checkbox"/> Arthritis <small>(Artritis)</small> <input type="checkbox"/> Asthma or Hayfever <small>(Asma o Fiebre de heno)</small> <input type="checkbox"/> Bone Disorders <small>(Trastorno de Huesos)</small> <input type="checkbox"/> Congenital Heart Defect <small>(Defecto Congenito del Corazon)</small> <input type="checkbox"/> Diabetes <small>(Diabetes)</small> <input type="checkbox"/> Dizziness <small>(Mareos)</small> <input type="checkbox"/> Epilepsy <small>(Epilepsia)</small> <input type="checkbox"/> Gastrointestinal Disorders <small>(Trastornos Gastrointestinales)</small> <input type="checkbox"/> Heart Problems <small>(Problemas de Corazon)</small> <input type="checkbox"/> Heart Murmur <small>(Soplo de Corazon)</small>	<input type="checkbox"/> Hepatitis/Liver problems <small>(Hepatitis/ Problemas de Hgado)</small> <input type="checkbox"/> Herpes <small>(Herpes)</small> <input type="checkbox"/> High Blood Pressure <small>(Alta Presion)</small> <input type="checkbox"/> HIV/Aids <small>(VIH/Sida)</small> <input type="checkbox"/> Kidney Problems <small>(Problemas de Riñon)</small> <input type="checkbox"/> Nervous Disorder <small>(Trastorno Nervioso)</small> <input type="checkbox"/> Pneumonia <small>(Neumonia)</small> <input type="checkbox"/> Prolonged Bleeding <small>(Sangrado Prolongado)</small> <input type="checkbox"/> Radiation/Chemotherapy <small>(Radiacion/Quimoterapia)</small> <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever <small>(Fiebre Reumatica)</small> <input type="checkbox"/> Tuberculosis <small>(Tuberculosis)</small> <input type="checkbox"/> Tumor or Cancer <small>(Tumor o Cancer)</small>
Are there any medical conditions we have not discussed that you feel we should be aware of? <small>(Existen condiciones medicas que no hemos mencionado que usted considere que debemos saber?)</small>	

DENTAL HISTORY

General Dentist: <small>(Dentista General)</small>	Date of last visit: <small>(Fecha de su ultima visita)</small>
What concerns you most about your teeth? <small>(Que le preocupa mas de sus dientes?)</small>	
	YES NO
Are you presently in any dental pain? <small>(Actualmente tiene dolor dental?)</small>	
Have you ever experienced any unfavorable reaction to dentistry? <small>(Ha experimentado una reaccion desfavorable con la odontologia?)</small>	
Have your wisdom teeth been removed? <small>(Le han removido las muelas del juicio?)</small>	
Have you ever lost or chipped any teeth? <small>(Alguna vez ha perdido o se ha despostrillado algún diente?)</small>	
Have there been any injuries to face, mouth or teeth? <small>(Ha tenido alguna lesión en la cara, boca o dientes?)</small>	
Is any part of your mouth sensitive to temperature? Where? <small>(Existe algún lugar en la boca sensible a la temperatura? Donde?)</small>	
Is any part of your mouth sensitive to pressure? Where? <small>(Existe algún lugar en la boca sensible a la presion? Donde?)</small>	
Do your gums bleed when you brush? <small>(Sus encias sangran al cepillarse?)</small>	
Do you have any type of thumb or tongue habit? <small>(Tiene el habito de lengua o del pulgar?)</small>	
Are you a mouth breather? <small>(Le gusta respirar por la boca?)</small>	
Have you ever seen an orthodontist? <small>(Ha visto a un ortodoncista?)</small>	
Has anyone in your family received orthodontic treatment? <small>(Algún familiar ha recibido tratamiento de ortodoncia?)</small>	
Do your teeth or jaws ever feel uncomfortable when you awake in the morning? <small>(Al despertar siente molestia en sus dientes o mandibula?)</small>	
Are you aware of your jaw clicking or popping? <small>(Ha notado que su mandibula se atora o truena?)</small>	
Are you aware of clenching your teeth during the day? <small>(Aprieta o tenza los dientes durante el día?)</small>	
Have you ever been told that you grind your teeth? <small>(Le han dicho o se ha dado cuenta si rechina los dientes?)</small>	
Do you have "tension" headaches? <small>(Tiene dolores de cabeza por tension?)</small>	
Do you ever experienced chronic ringing in your ears? <small>(Ha tenido zumbido crónico es sus oídos?)</small>	
Are you aware that some appointments will be during work hours? <small>(Esta consciente que algunas citas serán en horas de trabajo?)</small>	
What is your attitude toward receiving orthodontic treatment? <small>(Cual es su actitud hacia recibir tratamiento de ortodoncia?)</small>	

BENEFITS

Benefits of Orthodontics: Aesthetics, Health and Function. Orthodontics is a service that provides an improvement in the appearance of the teeth, in the general function of the teeth and in general health. Teeth, gums and jaws are an intricate body part and can fail to respond to treatment. If good oral hygiene is not practiced, tooth decay and enlarged gums can result. Joint discomfort and root shortening are observed in a small percentage of cases. Teeth change throughout our lifetime and there can be some movement of teeth and some change after treatment. I have read and understand this paragraph. I also understand that my diagnostic records and my name may be used for educational and promotional purposes. I have truthfully answered all the above questions and agree to inform this office of any changes in my medical or dental history. In addition, I authorize Dr. Jaime Rivera to perform a complete orthodontic evaluation (which includes diagnostic pictures and X-rays). *Beneficios de Ortodoncia: Estética, Salud y Función. La ortodoncia es un servicio que proporciona una mejora en la apariencia de los dientes, en la función general de los dientes y en la salud general. Los dientes, las encías y la mandíbula son una parte del cuerpo intrincado y pueden fallar en responder al tratamiento. Si no se practica una buena higiene oral, puede dar lugar a caries y a encías agrandadas. Molestias en las articulaciones y la reducción de la raíz se observan en un porcentaje pequeño en algunos casos. Los dientes se mueven y cambian a lo largo de nuestra vida y puede haber movimiento aun después del tratamiento. He leído y entiendo este párrafo. También entiendo que mis registros de diagnóstico y mi nombre se pueden utilizar para propósitos educativos y promocionales. He contestado con sinceridad todas las preguntas anteriores y estoy de acuerdo de informar a esta oficina de cualquier cambio en mi historial médico o dental. Además, autorizo a Dr. Jaime Rivera para realizar una evaluación completa de ortodoncia (que incluye fotos de diagnostico con rayos X).*

Patient or legal guardian signature (Firma)

Date (Fecha)