

## PATIENT INFORMATION

Información del paciente

# WISEBRACES

11120 SW 88 Street Suite #107

Miami Fl. 33176

Telephone (786)360-1048

Today's Date: \_\_\_\_\_

Fecha de Hoy

Patient's Name: \_\_\_\_\_ Birthday: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Male \_\_\_\_\_ Female \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente cumpleaños Edad Hombre Mujer

Name of person accompanying the child today: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Cell # \_\_\_\_\_  
Nombre de persona que acompaña al niño o niña hoy Relación Celular

School \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ Hobbies \_\_\_\_\_ Musical instruments played \_\_\_\_\_  
Escuela Grado Aficiones o intereses especiales Toca instrumento musical

How did you hear about our office? \_\_\_\_\_  
¿Cómo se enteró de nuestra oficina?

What would you like to change about your teeth? \_\_\_\_\_  
¿Qué le gustaría cambiar de sus dientes?

## Responsible Party Information / información de las personas responsables de los pagos

Person responsible for account: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_  
Persona responsable de la cuenta Relación

Address City/St. Zip: \_\_\_\_\_ Home phone # \_\_\_\_\_ Cell phone \_\_\_\_\_  
Dirección Teléfono de la casa Teléfono celular

E-mail Address: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico

## Insurance Information / Información de Seguro

Insured's Name: \_\_\_\_\_ Insured's birthday: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Relationship to patient: \_\_\_\_\_  
Nombre del asegurado Fecha de Nacimiento del asegurado Relación con el paciente

Insured's group number: \_\_\_\_\_ Insured's social security number: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Numero de grupo Numero de seguridad social del asegurado

Insured's employer \_\_\_\_\_ Employers' address \_\_\_\_\_ Employer's tel. # \_\_\_\_\_  
Empresa asegurada Dirección de la empresa Teléfono de la empresa

Insurance Co. Name: \_\_\_\_\_ Insurance Co. address: \_\_\_\_\_ Ins. Tel. # \_\_\_\_\_  
Compañía de Seguro Dirección de compañía de Seguro Teléfono de compañía de seguro

## Secondary Insurance

Do you have secondary insurance Yes \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ if yes: Insured's name: \_\_\_\_\_ Insureds Social security # \_\_\_\_\_  
¿Usted tiene Seguro secundario? SI No Si, si nombre del asegurado Numero de Seguro social

D.O.B \_\_\_\_\_ Employer \_\_\_\_\_ Insurance Company: \_\_\_\_\_ Group number: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento Compañía de seguros Numero de grupo

Insurance Company address: \_\_\_\_\_ Phone number: \_\_\_\_\_  
Dirección de compañía de Seguro Numero de teléfono

## Dental History / Historia Dental

Dentist Name: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
Nombre del dentista Dirección del dentista Teléfono del dentista

Date of last visit: \_\_\_\_\_ Reason: \_\_\_\_\_  
Fecha última visita Razón de la visita

Frequency: \_\_\_\_\_ How often does the patient brush: \_\_\_\_\_ Floss \_\_\_\_\_ Have you seen an orthodontist? \_\_\_\_\_  
Frecuencia: Cuantas veces se lava los dientes Seda dental Alguna vez ha sido visto por un ortodontista?

When: \_\_\_\_\_ Orthodontist's name: \_\_\_\_\_ Have you ever worn braces or retainers? \_\_\_\_\_  
¿Cuándo? ¿Nombre del ortodontista? ¿Alguna vez ha tenido frenillos o retenedores?

Have you ever had an injury to:  Mouth  Teeth  Chin Do you have pain, clicking and or popping noises in jaw?  Y  N  
Alguna vez ha tenido una lesión en: Boca dientes Barbilla Tiene dolor o sonidos en las articulaciones de la mandíbula

## Oral Habits / Hábitos Oral

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tongue thrust<br>Empuja la lengua      | <input type="checkbox"/> Finger sucking<br>Chupar dedo              | <input type="checkbox"/> Speech problems<br>problemas al hablar | <input type="checkbox"/> Clenching/grinding teeth<br>Apretar/rechinar los dientes |
| <input type="checkbox"/> Nursing bottle habits<br>Tomar biberón | <input type="checkbox"/> Lip sucking/biting<br>Morder/chupar labios | <input type="checkbox"/> Mouth breather<br>Respira por la boca  | <input type="checkbox"/> Nail Biting<br>se come las unas                          |

## Dental History/Historia Dental

- YES  NO **Any known missing permanent teeth** \_\_\_\_\_  
¿Le falta algún diente permanente?
- YES  NO **Any known extra permanent teeth** \_\_\_\_\_  
¿Tiene dientes permanentes de más?
- YES  NO **Any teeth removed by extraction? If so, when** \_\_\_\_\_  
¿Ha tenido dientes extraído? Si es si, cuando
- YES  NO **Frequent headaches? If so, number per week** \_\_\_\_  AM  PM  
Dolores de cabeza frecuentes. Si es si cuantos a la semana
- YES  NO **Any muscle tenderness or stiffness in the**  jaw or  neck?  
¿Tiene ternura o rigidez en la mandíbula o el cuello?
- YES  NO **Any ringing sounds in the ears?**  YES  NO **spells of dizziness**  
¿Tiene sonidos en los oídos? Mareos o vértigo
- YES  NO **Any previous treatment for TMJ or jaw problems?**  
¿Ha recibido tratamiento para problemas de articulación de la mandíbula?
- YES  NO **Any previous orthodontic evaluation or treatment?**  
¿Ha sido evaluado o recibido tratamiento de ortodoncia?

## Health History / Historia Medica

- YES  NO **Are you under a doctor's care now?** **For what?** \_\_\_\_\_  
¿Está bajo algún tratamiento médico ahora? ¿Para qué?
- Name of Physician:** \_\_\_\_\_ **Telephone #** \_\_\_\_\_  
Nombre del médico Teléfono
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <b>ADHD/ADD</b><br>Problemas de atención   | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <b>Joint swelling or arthritis</b><br>Inflamación de las articulaciones/artritis |
| <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <b>Asthma</b><br>Asthma  | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <b>Artificial joints?</b> _____<br>Articulaciones artificiales                   |
| <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <b>Girls: started menstruation. First cycle</b> _____<br>Niñas, empezaron menstruación, primer ciclo _____ | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <b>Bone Disorders</b><br>Trastornos óseos  |
| <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <b>Boys: Voice changed</b><br>Niños: Han cambiado la voz   | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <b>Prolonged bleeding</b><br>Sangramiento  |
| <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <b>Heart trouble/Murmur</b><br>Problemas coronarios/ soplo cardiaco  | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <b>Endocrine problems</b><br>Problemas endocrinos                                |
| <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <b>Hepatitis or liver problem</b><br>Hepatitis o problemas del hígado                                      | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <b>Diabetes</b><br>Diabetes  |
| <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <b>Tuberculosis</b>  | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <b>Epilepsy</b>  |
| <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <b>Tonsils removed? When</b> _____<br>Amígdalas extirpadas, cuando _____                                   | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <b>Pregnant? How far along?</b> _____<br>Embarazada? ¿Que tiempo tiene?          |
| <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <b>HIV/AIDS</b><br>VIH/SIDA  |   |
| <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <b>Drug allergies</b><br>Alergias a medicamentos   | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <b>Nickel allergy</b><br>alergias al níquel                                      |
|   | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <b>Nut allergy</b><br>alergias a las nueces                                      |

**What medications are you allergic to:** \_\_\_\_\_

A que medicamentos tiene alergia

**List any medications you are taking** \_\_\_\_\_

Enumere cualquier medicamento que esté tomando \_\_\_\_\_

**Signature/Firma:** \_\_\_\_\_

**Date/fecha:** \_\_\_\_\_

**Orthodontist Signature:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_