

**PATIENT INFORMATION***Información del paciente***Today's Date:** \_\_\_\_\_  
*Fecha de hoy:***Patient's name:** \_\_\_\_\_ **Age:** \_\_\_\_\_ **Birthdate:** \_\_\_\_\_  
*Nombre: Edad: Cumpleaños:***Marital status:** \_\_\_\_\_ **Address/Street/St/Zip:** \_\_\_\_\_  
*Estado civil: Direccion:***Home phone:** \_\_\_\_\_ **Work phone:** \_\_\_\_\_ **Cell Phone:** \_\_\_\_\_  
*Teléfono de la casa Teléfono del trabajo Celular:***Social Security number:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **Email Address:** \_\_\_\_\_  
*Numero de Seguridad Social correo electrónico:***Employer or School & Grade:** \_\_\_\_\_ **Employers Address:** \_\_\_\_\_  
*Empleador o la escuela y grado Direccion del empleador:***How long there:** \_\_\_\_\_ **Occupation:** \_\_\_\_\_  
*Hace cuanto tiempo Ocupacion:***How did you hear about our office:** \_\_\_\_\_  
*Como se entero de nuestra oficina***What would you like to change about your teeth?** \_\_\_\_\_  
*Que te gustaría cambiar de tus dientes?***Person to contact in case of an emergency:** \_\_\_\_\_ **Relation:** \_\_\_\_\_ **Mobile#:** \_\_\_\_\_  
*Persona a contactar en caso de emergencia Relacion No.de celular***Responsible Party Information***Información de las personas responsables de los pagos.***Person responsible for Account:** \_\_\_\_\_ **Relationship:** \_\_\_\_\_  
*Persona responsable de la cuenta: Relacion:***Address City/St/Zip:** \_\_\_\_\_ **Home phone:** \_\_\_\_\_  
*Direccion Telefono de la casa***Cell phone:** \_\_\_\_\_ **Work phone:** \_\_\_\_\_ **D.O.B:** \_\_\_\_\_ **SS#:** \_\_\_\_\_  
*Teléfono celular: Teléfono del trabajo Fecha de nacimiento: Número del seguro social:***Email:** \_\_\_\_\_ **Employer:** \_\_\_\_\_ **Job Title:** \_\_\_\_\_  
*Correo electrónico: Empleador: Título del empleo:***Other responsible Party:** \_\_\_\_\_ **Relationship:** \_\_\_\_\_  
*Otra persona responsable Relacion***Address: City/St/Zip:** \_\_\_\_\_ **Home phone :** \_\_\_\_\_  
*Direccion: Teléfono de la casa***Cell phone:** \_\_\_\_\_ **Work phone:** \_\_\_\_\_ **D.O.B:** \_\_\_\_\_ **SS#:** \_\_\_\_\_  
*Teléfono celular: Teléfono del trabajo Fecha de nacimiento: Número del seguro social:***Email:** \_\_\_\_\_ **Employer:** \_\_\_\_\_ **Job Title:** \_\_\_\_\_  
*Correo electrónico: Empleador: Título del empleo:***Dental History***Historia Dental***Dentist name:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_  
*Nombre del dentista: Teléfono:***Address/City/St/Zip:** \_\_\_\_\_ **Date of last visit:** \_\_\_\_\_ **Reason for visit:** \_\_\_\_\_  
*Direccion: Fecha de la última visita Razon de la vista***Frequency:** \_\_\_\_\_ **How often does patient Brush:** \_\_\_\_\_ **Floss:** \_\_\_\_\_ **Have you ever seen an orthodontist:** \_\_\_\_\_  
*Frecuencia Cuantas veces se lava los dientes Seda dental Alguna vez ha sido visto por un ortodoncista***When** \_\_\_\_\_ **Orthodontist's name** \_\_\_\_\_ **Have you ever worn braces or retainers** \_\_\_\_\_  
*Cuando Nombre del Ortodoncista Alguna vez a tenido braces o retenedores***Have you ever had an injuri to your: Mouth** \_\_\_\_\_ **Teeth** \_\_\_\_\_ **Chin** \_\_\_\_\_ **Do you have pain, clicking, and or popping noises in the jaw?** \_\_\_\_\_  
*Alguna vez ha tenido alguna lesion en: boca dientes cumbamba Usted tiene algún dolor, o sonidos en las articulaciones de la mandíbula***Any oral habits? Tongue thrust** \_\_\_\_\_ **Finger sucking** \_\_\_\_\_ **Speech problems** \_\_\_\_\_ **Clenching/grinding teeth** \_\_\_\_\_ **Nursing bottle habits** \_\_\_\_\_  
*Algún habito oral empuja la lengua chupar dedo problemas al hablar apretar/rechinar los dientes Tomar biberon***Lip sucking/biting** \_\_\_\_\_ **Mouth breather** \_\_\_\_\_ **Nail biting.** \_\_\_\_\_  
*Morder/chupar labios Respirar por la boca Comer una*

**Medical History***Historia medica*

**Physician's name:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_ **Are you under any medical treatment:** \_\_\_\_\_  
*Nombre del médico* *Teléfono* *Está usted bajo algún tratamiento médico:*

**If yes, what kind?** \_\_\_\_\_ **Are you taking any medication?** \_\_\_\_\_ **If yes, please list:** \_\_\_\_\_  
*Si, que tipo ?* *Está tomando alguna medicina* *Si, por favor escribalas*

**If female, are you currently taking fosamax or any medication for osteoporosis?** \_\_\_\_\_ **Pregnancy?** \_\_\_\_\_ **How long?** \_\_\_\_\_  
*Si usted es mujer, actualmente está tomando algún medicamento para la osteoporosis* *Esta embarazada* *Cuanto tiempo*

**Any history of:** Allergy \_\_\_\_\_ Asthma \_\_\_\_\_ Anemia \_\_\_\_\_ Cancer \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ Epilepsy \_\_\_\_\_ Heart \_\_\_\_\_ Hepatitis \_\_\_\_\_ kidney \_\_\_\_\_ Liver \_\_\_\_\_  
*Alguna Historia de: Alergias* *Asma* *Anemia* *Cancer* *Diabetis* *Epilepsia* *Corazon* *Hepatitis* *Rinones* *Higado*

Tuberculosis \_\_\_\_\_ Arthritis \_\_\_\_\_ Blood Disease \_\_\_\_\_ Convulsions \_\_\_\_\_ Rheumatic Fever \_\_\_\_\_ Sinus \_\_\_\_\_ Heart murmur \_\_\_\_\_ HIV \_\_\_\_\_ AIDS \_\_\_\_\_  
*Tuberculosis* *Artritis* *enfermedad en la sangre* *convulsiones* *Fiebre reumatica* *sinusitis* *soplo en el corazón* *Hvi* *Sida*

Lung Disease \_\_\_\_\_ Frequent headaches \_\_\_\_\_ Herpes \_\_\_\_\_ Bone disorders \_\_\_\_\_ Ulcers \_\_\_\_\_  
*Enf.pulmones* *Frecuentes dolores de cabeza* *Herpes* *Enf.huesos* *Ulceras*

**Any operation?** \_\_\_\_\_  
*Alguna operacion?*

**Do you have any disease, condition, or problem not listed above that we should know?** \_\_\_\_\_  
*Usted tiene alguna enfermedad o problema que no se menciona arriba y q debemos saber?*

**Have we treated any other family members?** \_\_\_\_\_ **If yes, Who** \_\_\_\_\_  
*Nosotros tratamos algun otro miembro de su familia?* *Si, si Quien*

**Hobbies/Special Interests** \_\_\_\_\_  
*Pasatiempos, intereses especiales*

**If Teenager, Girls- Has menstruation begun?** \_\_\_\_\_ **Boys-Has voice changed?** \_\_\_\_\_ **No.of brothers and sisters:** \_\_\_\_\_ **Ages:** \_\_\_\_\_  
*Si es adolescente, chica, ya le llego la menstruacion?* *Chico, su vos ha cambiado* *Numero de hermanos y hermanas* *Edades*

**Insurance Information***Informacion del seguro*

**Insured's name:** \_\_\_\_\_ **Insured's Birthdate:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Relationship to Patient:** \_\_\_\_\_  
*Nombre del asegurado* *Fecha de nacimiento del asegurado* *Relacion con el paciente*

**Insured's Employer:** \_\_\_\_\_ **Insured's Social Security#:** \_\_\_\_\_  
*Empresa asegurada* *Numero de seguridad social del asegurado*

**Insurance Company:** \_\_\_\_\_ **Group #:** \_\_\_\_\_  
*Compania de Seguros* *Grupo numero*

**Insurance Company Address:** \_\_\_\_\_ **Phone No.:** \_\_\_\_\_  
*Direccion de la compania de seguros* *Numero de Telefono*

**Do you have dual Dual Coverage?** Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ **If yes: Insured's name:** \_\_\_\_\_ **Insured's S.S#:** \_\_\_\_\_  
*Usted tiene doble cobertura?* *Si* *No* *Si, si* *Nombre del asegurado* *Numero de seguridad social del asegurado*

**Insurance Company:** \_\_\_\_\_ **Group #:** \_\_\_\_\_  
*Compania de seguros* *Grupo numero*

**Insurance Company Address:** \_\_\_\_\_ **Phone No.:** \_\_\_\_\_  
*Direccion de la compania de seguros* *Numero de telefono*

I authorize Dr.Herbert Murillo, Orthodontics 305 or any member if his responsible staff to disclose any of the information I have included on this form to any outside health care provider That I/patient stated above am/is referred to.

I have truthfully answered all the above questions. I will not hold Dr. Murillo, Orthodontics 305 or any member of his staff responsible for any errors or omissions that I have made in the completion on this form. If there any changes later to this health history record or medical/dental status, I understand that is my responsibility to inform the Dr. Murillo or the staff of Orthodontics 305.

\_\_\_\_\_  
 Patient /Parent Signature

\_\_\_\_\_  
 Date