



# Historial Medico

**Nombre de Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Favor de marcar si tiene o a tenido alguna de las siguientes condiciones médicas (hoy o en el pasado):** Dolor o sensibilidad en la quijada (TMJ)    Asma    Convulsiones/Epilepsia    Hemofilia    Terapia Hormonal cardiopatía congénita    Hepatitis    prolapso de la valvular mitral    presión alta    Fiebre reumática

Adenoides/Anginas removida    Soplo en el corazón    trastornos óseos

**Mujeres solamente: ¿Embarazada?** Si   o   No

**Liste cualquier medicina con o sin receta:** \_\_\_\_\_

**Liste cualquier alergia (por ejemplo, penicilina, látex, etc.):** \_\_\_\_\_

Aquí en Thurman Orthodontics, les daremos a nuestro paciente una Hermosa sonrisa, pero es su responsabilidad mantener sus encías y dientes saludables. No somos una oficina de odontología general, frenos y tratamiento de invisalign es todo en lo que nos especializamos en Thurman Orthodontics. Nosotros no diagnosticamos caries y otros problemas dentales así que dependemos de nuestros pacientes que asistan y cumplan todas sus citas con su dentista regular y completar cualquier tratamiento necesario antes de comenzar tratamiento con nosotros. Reconozco que el paciente esta saludable de su dentadura y no necesita que ningún tratamiento se termine antes de comenzar tratamiento. También entiendo que el paciente necesita seguir con sus chequeos dentales regulares mientras este bajo tratamiento de braces o invisalign.

He leído y entiendo las preguntas mencionadas anteriormente y no se mantendrá Thurman Orthodontics responsable por algún error u omisión que yo haiga hecho al completar esta forma. Yo autorizo al equipo y personal que obtenga mis beneficios de a seguridad y realizar cualquier tratamiento ortodóntico que sea necesario. También entiendo que Thurman Orthodontics no es responsable por niños que no estén siendo supervisados. He recibido las noticias de la póliza de privacidad de Thurman Orthodontics .

Imprima Nombre Completo

Firma (Padre/Guardian si es menor)

Fecha

**THURMAN ORTHODONTICS \* 9550 Brimhall Rd., Ste. B, Bakersfield, CA 93312 \* (661) 395-0698**