

# Primera visita al Ortodoncista

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad en años \_\_\_\_\_ con cuantos Meses \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nombre del padre o (Guardián legal): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_.

Si el paciente es menor de 18 años de edad

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Seguro Dental: Si \_\_\_ No \_\_\_ Tipo de Seguro: \_\_\_\_\_

Si su seguro no cubre el tratamiento, está interesado en trabajar con nuestra oficina en un plan de pagos Sí \_\_\_ No \_\_\_

Nombre de su Dentista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Ha consultado con un ortodoncista recientemente: \_\_\_\_\_. Si, en qué fecha fue su consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Describa brevemente su problema dental: \_\_\_\_\_

Comentarios del Ortodoncista \_\_\_\_\_: