

# WELCOME TO OUR PRACTICE

University of Colorado School of Dentistry, Department of Orthodontics  
Mail Stop F846, 13065 E. 17<sup>th</sup> Avenue, P.O. Box 6508, Aurora, CO 80045, 303-724-7001

## Patient Information (*Información de Paciente*)

Last Name (*Apellido*) \_\_\_\_\_ First Name (*Nombre*) \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_  
Date of Birth (*Fecha de Nacimiento*) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Social Security (*Seguro Social*) \_\_\_\_\_  
Telephone (*Teléfono*) \_\_\_\_\_ Work \_\_\_\_\_ Other/Cell (*Otro*) \_\_\_\_\_  
Home Address (*Dirección*) \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_  
City (*Ciudad*) \_\_\_\_\_ Zip Code (*Código Postal*) \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

## Emergency Contact (*Contacto En Caso De Emergencia*)

Name (*Nombre*) \_\_\_\_\_ Relationship (*Relación*) \_\_\_\_\_  
Telephone (*Teléfono*) \_\_\_\_\_ Work \_\_\_\_\_ Other/Cell (*Otro*) \_\_\_\_\_

## Responsible Party Information (*Persona Responsable*)

Last Name (*Apellido*) \_\_\_\_\_ First Name (*Nombre*) \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_  
Date of Birth (*Fecha de Nacimiento*) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Social Security (*Seguro Social*) \_\_\_\_\_  
Telephone (*Teléfono*) \_\_\_\_\_ Work \_\_\_\_\_ Other/Cell (*Otro*) \_\_\_\_\_  
Home Address (*Dirección*) \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_  
City (*Ciudad*) \_\_\_\_\_ Zip Code (*Código Postal*) \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
Employer/Company (*Empleador/ Compañía*) \_\_\_\_\_

## Dental Insurance (*Seguro Dental*)

Insured's Name (*Nombre del asegurado*) \_\_\_\_\_  
Date of Birth (*Fecha de Nacimiento*) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Social Security (*Seguro Social*) \_\_\_\_\_  
Relationship to Patient (*Relación con el paciente*) \_\_\_\_\_  
Insurance Company's Name (*Nombre de la compañía de seguros*) \_\_\_\_\_  
Address (*Dirección de la compañía de seguros*) \_\_\_\_\_  
Telephone (*Teléfono de la compañía de seguros*) \_\_\_\_\_  
Group/Policy (*Grupo/Poliza*) \_\_\_\_\_  
Is there Orthodontic Coverage: **YES** or **NO** (*¿Tienen cobertura ortodóntica?*) **SÍ** o **NO**

## Secondary Dental Insurance (*Seguro Dental*)

Insured's Name (*Nombre del asegurado*) \_\_\_\_\_  
Date of Birth (*Fecha de Nacimiento*) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Social Security (*Seguro Social*) \_\_\_\_\_  
Relationship to Patient (*Relación con el paciente*) \_\_\_\_\_  
Insurance Company's Name (*Nombre de la compañía de seguros*) \_\_\_\_\_  
Address (*Dirección de la compañía de seguros*) \_\_\_\_\_  
Telephone (*Teléfono de la compañía de seguros*) \_\_\_\_\_  
Group/Policy (*Grupo/Poliza*) \_\_\_\_\_  
Is there Orthodontic Coverage: **YES** or **NO** (*¿Tienen cobertura ortodóntica?*) **SÍ** o **NO**

## General Dentist Information

Dentist (*Nombre del Dentista*) \_\_\_\_\_

Street Address (*Dirección*) \_\_\_\_\_

Phone # (*Teléfono*) \_\_\_\_\_

Last visit (*Fecha de última visita*) \_\_\_\_\_

Reasons for your orthodontic visit? (*¿Razones de su consulta ortodóntica?*) \_\_\_\_\_

Whom may we thank for referring you? \_\_\_\_\_

(*¿A Quién podemos agradecer por recomendar nuestra oficina?*) \_\_\_\_\_

Are there other family members seen by us and if so who? \_\_\_\_\_

(*¿Hay otros miembros de la familia vistos por nosotros? Si la respuesta es si, quien?*) \_\_\_\_\_

## Dental History (*Historia Dental*)

1. What is your current dental health: Good Fair Poor (*¿Cuál es su salud dental actual?*) Buena Regular Mala

2. Have you ever had braces before? **Y/N** When? \_\_\_\_\_

(*A tenido los frenos anteriormente? Y/N Cuando?*) \_\_\_\_\_

3. **Y/N** Have you had serious or difficult problems associated with previous dental work?

(*¿Ha tenido problemas serios con procedimientos dentales previos?*)

4. **Y/N** Are you currently in pain? (*¿Tiene usted dolor actualmente?*)

5. **Y/N** Have you ever had any pain or tenderness in the jaw joint (TMJ/TMD)?

(*¿Ha tenido dolor en la articulación de la quijada (ATM)?*)

6. **Y/N** Do you like your smile? (*¿A usted le gusta su sonrisa?*)

7. **Y/N** Do your gums ever bleed? (*¿Sus encías sangran?*)

8. **Y/N** Is the water fluoridated? (*¿Es el agua fluorada?*)

9. **Y/N** Are you taking fluoridated supplements? (*¿Toma suplementos de fluoruro?*)

10. **Y/N** Do you brush your teeth daily? How often? \_\_\_\_\_

(*¿Se cepilla los dientes diariamente? Cuantas veces al día?*) \_\_\_\_\_

11. **Y/N** Do you floss teeth daily? How often? \_\_\_\_\_

(*¿Usa seda dental diariamente? Cuantas veces?*) \_\_\_\_\_

## Medical History (*Historial Médico*)

What is your current physical health? Good Fair Poor?

(*¿Cuál es su salud física actual? Buena Regular Mala?*)

Are you currently under the care of a doctor? **Yes/No** (*¿Esta usted actualmente bajo cuidado medico? Si/No*)

If yes, please explain: *Si sí, explique por favor* \_\_\_\_\_

Do you have a personal physician? What is your physician's name and phone number? \_\_\_\_\_

(*¿Usted tiene un médico personal? ¿Cuál es nombre y teléfono de su médico?*) \_\_\_\_\_

When was your last visit to the general doctor? (*¿Cuado fue la última visita al medico?*) \_\_\_\_\_

Are you taking any prescription drugs? If yes, please list \_\_\_\_\_

(*¿Está usted tomando droga prescribirás? Si sí, por favor lista*) \_\_\_\_\_

**Medical Information (A Usted Sido Diagnosticado Tratado De)**

Please circle one (Por favor círculo uno, (Y) es si, (N) es no.)

- 1. **Y/N** Protesis (Válvula en el corazón)
- 2. **Y/N** Cancer (Cáncer)
- 3. **Y/N** Diabetes (Diabetes)
- 4. **Y/N** Rheumatoid Fever (Fiebre Reumatoiden)
- 5. **Y/N** HIV+/AIDS (SIDA)
- 6. **Y/N** Hemophilia (Hemofilia)
- 7. **Y/N** Asthma (Asma)
- 8. **Y/N** Hepatitis (Hepatitis)
- 9. **Y/N** Tuberculosis (Tuberculosis)
- 10. **Y/N** Heart Murmur (Soplo del Corazón)
- 11. **Y/N** History of Scarlet Fever (Escarlatina)
- 12. **Y/N** Congenital Heart Defects (Defectos del corazón)
- 13. **Y/N** Convulsion / Epilepsy (Epilepsia/Convulsiones)
- 14. **Y/N** Abnormal Bleeding (Sangrado Abnormal)
- 15. **Y/N** Any Stays in Hospital (Hospitalizaciones)
- 16. **Y/N** Kidney/Liver Problems (Problemas del Hígado/Riñón)
- 17. **Y/N** Difficulty Breathing (Dificultad de Respiración)
- 18. **Y/N** Hearing Impairment (Problemas de Audición)
- 19. **Y/N** Any Operations (Operaciones)
- 20. **Y/N** Handicaps/ Disabilities (Invalidez)
- 21. **Y/N** Allergies to Any Drugs (Alergias a medicinas)
- 22. **Y/N** Other (Otros): \_\_\_\_\_

**Are You Allergic To Any Of The Following? ¿Es Usted Alérgico?**

- 1. **Y/N** Aspirin (aspirina)
- 2. **Y/N** Codeine (codeína)
- 3. **Y/N** Latex (Látex)
- 4. **Y/N** Penicillin (Penicilina)
- 5. **Y/N** Erythromycin (Eritromicina)
- 6. **Y/N** Dental Anesthetics (Anestésicos dentales)
- 7. **Y/N** Tetracycline (Tetraciclina)
- 8. **Y/N** Other (Otro) \_\_\_\_\_

**For women only (Para las mujeres solamente)**

When was your first menstrual cycle? (¿Cuándo fue su primer ciclo menstrual?) \_\_\_\_\_

**Y/N** Are you pregnant? (¿Esta usted embarazada?)

**Y/N** Are you nursing? (¿Esta usted amamantando dando pecho?)

**For research purpose only (Para el propósito de la investigación solamente)**

Ethnicity? (¿Raza?) \_\_\_\_\_

Our office is committed to meeting or exceeding the standards of infection control mandated by OSHA, the CDC, and the ADA.

*(Nuestra oficina está comprometida exceder los estándares del control de infección asignados por mandato por el OSHA, la CDC, y el ADA.)*

I understand the information that I have given is correct to the best of my knowledge, that it will be held in the strictest confidence, and it is my responsibility to inform this office of any changes in my child's medical status. I also authorize the dental staff to perform the necessary dental services.

*(Yo entiendo que la información que he dado es correcta con el mejor de mi conocimiento, y que será mantenida con extrema privacidad, y es mi responsabilidad de informar a esta oficina cualquier cambio en el estado médico de mi o mi niño. También autorizo a personal dental a realizar los servicios dentales necesarios.)*

Signature (Firma) \_\_\_\_\_

Date (Fecha) \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY (USO DE LA OFICINA SOLAMENTE)**

I verbally reviewed the medical/dental information above with the parent/guardian & patient named herein.

Dr. \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Doctor's comments \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_