

# Get Acquainted Orthodontic Questionnaire

*Welcome to our office!*

We are pleased to welcome you to our practice. Please take a few minutes to fill out this form and if you have questions we'll be glad to help. We look forward to working with you.

## Patient Information

Patient's Name \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_ Apt# \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
 Home Phone \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
 Sex :  Male  Female DOB \_\_\_\_\_ School \_\_\_\_\_

### In Case of Emergency

Contact Name \_\_\_\_\_ Relationship to Patient \_\_\_\_\_  
 Home Phone \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_ Business Phone \_\_\_\_\_

I give CDK Smileland permission to contact me with announcements, surveys and other messages. \_\_\_\_\_ (int.) You may opt out of these communications at any time.

We use this information to provide you with excellent treatment. We may disclose Patient Health Information (PHI) to third parties that perform services for CDK Smileland in the administration of your benefits in accordance with HIPAA. These parties are required by law to sign a contract agreeing to protect the confidentiality of your PHI. Your PHI may be disclosed to an affiliate that performs services for CDK Smileland in the administration of your benefits. Our affiliates do not sell, share or rent our patients personally identifiable information unless it is required by law, do not send any e-mail or other communication without the patients permission.

## Responsible Party

Person Responsible for Account \_\_\_\_\_  
 Relationship to Patient \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_ Apt# \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
 Home Phone \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
 Responsible Person Employed by \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_  
 Business Address \_\_\_\_\_ Business Phone \_\_\_\_\_  
 Insurance Company \_\_\_\_\_ Insurance Company Phone \_\_\_\_\_  
 Group / Policy # \_\_\_\_\_ Name other dependents under this plan \_\_\_\_\_

## Insurance Info's

Is patient covered by additional orthodontic insurance?  Yes  No  
 Subscriber Name \_\_\_\_\_ Relation to Patient \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_  
 Address (if different from patient) \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
 Home Phone \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_  
 Subscriber Employed by \_\_\_\_\_ Business Phone \_\_\_\_\_  
 Insurance Company \_\_\_\_\_ Insurance Company Phone \_\_\_\_\_

## Dental History

- When was the last time the patient was seen by a dentist? \_\_\_\_\_  
 Date of last Dental Visit \_\_\_\_\_  
 Name of the General Dentist \_\_\_\_\_
- Has the patient ever been evaluated for orthodontic treatment?  Yes  No
- Has the patient ever been under another Orthodontist care?  Yes  No
- Date of last Orthodontic treatment \_\_\_\_\_  
 Name of former Orthodontist \_\_\_\_\_
- Has the patient ever experienced a mouth or chin injury?  Yes  No
- Does the patient have any habits/problems affecting the mouth or teeth?  Yes  No
- Which musical instruments does the patient play? \_\_\_\_\_
- Does the patient usually breathe through his/her mouth while awake?  Yes  No  
 or asleep?  Yes  No
- Has the patient ever experienced an adverse reaction during  
 or in conjunction with a medical or dental procedure?  Yes  No
- Patient's habits affecting the mouth or teeth  Thumb sucking  Nail biting  
 Other \_\_\_\_\_
- Other information about the patient's dental health or previous treatment  
 \_\_\_\_\_

### Check if Yes or No if your child has had any of the following

|   | Yes                      | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| AIDS/HIV Positive Anemia                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asthma  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Atopic (Allergy Prone)                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blood Disease                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cancer  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Convulsions/Epilepsy                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cough, persistent                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cough Up Blood                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsy  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fainting  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Food Allergies                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Headaches   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Heart Problems                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Describe _____                                    |                          |                          |
| Hearing Impaired                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hemophilia/Abnormal Bleeding                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jaw pain  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kidney Disease                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Malfuction  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liver Disease                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Material Allergies(latex, wood, metal, chemicals) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Respiratory Disease                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rheumatic/ Scarlat Fever                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Shortness of breath                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sinus Problems                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Skin Rash   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Spina Bifida                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Thyroid Disease or Malfuction                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Other _____                                       |                          |                          |

## Medical History

- Patient's Physician \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_
- Date of last visit \_\_\_\_\_
- Has the patient had any serious illnesses or operations?  Yes  No  
 If yes, describe \_\_\_\_\_
- Is the patient currently under physician care?  Yes  No  
 If yes, describe \_\_\_\_\_
- Has the patient ever had a blood transfusion?  Yes  No  
 If yes, give approximate dates \_\_\_\_\_
- Have the patient's adenoids or tonsils been removed?  Yes  No

I have reviewed the information on this questionnaire, and it is accurate to the best of my knowledge. I understand that this information will be used by the orthodontist to help determine appropriate and healthful orthodontic treatment. If there is any change in my child's medical status, I will inform the orthodontist. I authorize the insurance company indicated on this form to pay to the orthodontist all insurance benefits otherwise payable to me for services rendered. I authorize the use of this signature on all insurance submissions. I authorize the orthodontist to release all information necessary to secure payment of benefits. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by insurance.

Signature \_\_\_\_\_

*Payment is due in full at time of treatment, unless prior arrangements have been approved.*

Date \_\_\_\_\_

Doctor's Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

# Questionario Ortodoncia de Conocimiento

**¡Bienvenido!**

Nos complace darle la bienvenida a nuestra práctica. Por favor, tome unos minutos para llenar este formulario y si tiene alguna duda estaremos encantados para ayudarle. Con gusto esperamos trabajar con usted.

## Información del Paciente

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Apt# \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
 Sexo :  Masculino  Femenino Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

### En Caso De Emergencia

Nombre De Contacto \_\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Doy permiso a CDK Smileland para contactarme con anuncios, encuestas y otro mensajes. \_\_\_\_\_ (int.) Usted puede optar fuera de estas comunicaciones en cualquier momento. Utilizamos esta información para proporcionarle un tratamiento excelente. Podríamos revelar información de salud del paciente (ISP) a terceras personas que realizan servicios para CDK Smileland en la administración de sus beneficios de acuerdo con HIPAA. Estas partes están obligadas por ley a firmar un contrato de acuerdo a proteger la confidencialidad de su ISP. Su ISP puede ser revelada a un afiliado que realiza servicios para CDK Smileland en la administración de sus beneficios. Nuestros afiliados no venden, comparten o alquilan la información personal identificable de nuestros pacientes a menos que sea requerido por la ley, no envían ningún correo electrónico u otra comunicación sin el permiso del paciente.

## Seguro Primario / Persona Responsable

Persona Responsable de la Cuenta \_\_\_\_\_  
 Relación al Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
 Empleador de Persona Responsable \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
 Dirección del Negocio \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_  
 Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ Teléfono de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_  
 Grupo / Número de Póliza \_\_\_\_\_ Nombre de otros dependientes bajo este plan \_\_\_\_\_

## Seguro Adicional

¿Está el paciente cubierto por el seguro de ortodoncia adicional?  Sí  No  
 Nombre del Suscriptor \_\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Dirección (Si es diferente del paciente) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_  
 Ocupados por Suscriptor \_\_\_\_\_ Teléfono Del Negocio \_\_\_\_\_  
 Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ Teléfono de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_

## Historia Dental

- ¿Cuándo fue la última vez que el paciente fue visto por un dentista? \_\_\_\_\_  
 Fecha de la última visita dental \_\_\_\_\_  
 Nombre del Dentista General \_\_\_\_\_
- Ha sido el paciente evaluado para el tratamiento de ortodoncia?  Sí  No
- Ha estado el paciente bajo cuidado de otro ortodontista?  Sí  No
- Fecha del último tratamiento de ortodoncia \_\_\_\_\_  
 Nombre del ex ortodontista \_\_\_\_\_
- Ha experimentado el paciente una herida de la boca o la barbilla?  Sí  No
- Tiene el paciente algún hábito o problema que le afecte la boca o los dientes?  Sí  No
- ¿Qué instrumentos musicales toca el paciente? \_\_\_\_\_
- El paciente normalmente respira por su boca mientras está despierto?  Sí  No  
 O dormido?  Sí  No
- Ha tenido el paciente una reacción adversa durante o en relación con un procedimiento médico o dental?  Sí  No
- Hábitos del paciente que afectan la boca o los dientes  Chuparse el dedo  Comerse las uñas  
 Otros \_\_\_\_\_
- ¿Tiene otra información sobre la salud dental del paciente o tratamiento previo? \_\_\_\_\_

### Marque Si o No a las siguientes opciones

|   | Yes                      | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Alergias a los Alimentos                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anemia  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asma  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Atópico(propensos a las alergias)                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Convulsiones/Epilepsia  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Desmayo   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolores de cabeza   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolor en la mandíbula   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erupción de piel  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Espina Bífida   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad arterial   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedades del Hígado                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad Renal/Funcionamiento defectuoso                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad respiratoria                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad de la tiroides o el mal funcionamiento             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falta de aliento  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hemofilia/sangrado anormal                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alergias Materiales(Látex, madera, metal, productos químicos) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas sinusales   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas del corazón   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Describe  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Personas con problemas auditivos                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reumática/Fiebre escarlata                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SIDA/VIH positivos  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tos, persistente  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Toser sangre  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otro  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Historial médico

- Médico del paciente \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_
- Fecha de la última visita \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido el paciente una enfermedad seria o operaciones?  Sí  No  
 En caso Sí, describa \_\_\_\_\_
- ¿Está el paciente de bajo el cuidado de un médico?  Sí  No  
 En caso Sí, describa \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido el paciente alguna vez una transfusión de sangre?  Sí  No  
 En caso Sí, indique las fechas aproximadas \_\_\_\_\_
- ¿Le han quitado el adenoide o amígdalas al paciente?  Sí  No

He revisado la información en este cuestionario, y esta exacto en lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que esta información será utilizada por el ortodontista para ayudar a determinar un tratamiento ortodóncico adecuado y saludable. Si hay algún cambio en el estado médico de mi hijo, yo informare al ortodontista. Yo autorizo a la compañía de seguros indicado en este formulario para pagar al ortodontista todos los beneficios del seguro que mi seguro pague por los servicios prestados. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las sumisiones del seguro. Yo autorizo el ortodontista para liberar toda la información necesaria para garantizar el pago de las prestaciones. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro.

Firma \_\_\_\_\_  
*El pago es requerido en su totalidad al momento del tratamiento al menos que arreglos previos hayan sido aprobados.*

Fecha \_\_\_\_\_

Firma de Doctor \_\_\_\_\_  
 (08-13-2018 / 120119)

Fecha \_\_\_\_\_