



WELCOME TO DR. VINH HUYNH'S OFFICE
ORTHODONTICS ACQUAINTANCE CARD/ INFORMACION DEL PACIENTE

PATIENT 'S SECTION/ INFORMACION DEL PACIENTE

NAME/Nombre..... Sex/Sexo masculino femenino Age/ Edad.....DOB/Fecha de nacimiento
SS No./No. de seguro social.....Home Phone/No. de telefono de casa.....
SINGLE/soltero(a) MARRIED/casado(a) DIVORCED/ divorciado(a) WIDOWED/Viudo(a) SEP/separados
SPOUSE'S NAME/Nombre de esposo(a).....
HOME ADDRESS/Direcion.....
SCHOOL/Escuela..... GRADE/Grado.....
EMPLOYER NAME & ADDRESS/Nombre y Direccion de empleo.....
HOW DO YOU KNOW ABOUT US/Como se entero de la clinica.....
NAME YOUR GENERAL DENTIST/Como se llama sudentista general?.....
RELATE PATIENT UNDER OUR CARE/Conose algun paciente que venga a esta clinica.....
NAMES & AGES OF OTHER CHILDREN/Nombre y edades de otro ninos
.....

IF UNDER 18/ RESPOSIBLE PARTY/ MENOR DE EDAD

FATHER'S NAME/ Nombre del Papa.....
MOTHER'S NAME/ Nombre de Mama.....
HOME ADDRESS/ Direccion del Papa.....
HOME ADDRESS/ Direccion de Mama.....
SSN OF FATHER/ No. de seguro social del papa..... SSN OF MOTHER/ No. SS de Mama.....
FATHER'S EMPLOYER/ Empleo del Papa.....
MOTHER'S EMPLOYER/ Empleo de Mama

INSURANCE INFORMATION

Dental Ins. Co./:.....
Their customer service phone no./:
Policy Number/:
Group No. & Employer Name/:

DENTAL SUBSCRIBERS INFORMATION

First & Last Name/:
Relationship/:
SSN/ Date of Birth/
Home Phone Other Phone/
Office Phone/ Time To Call/

YES NO	_____ High Blood Pressure/ Precion alta	_____ Any missing permanent teeth/ Tiene algun diente muy danado?
_____ Joint swelling/ Inflamacion de huesos en las cojunturas	_____ Bleeding Problem	_____ Any teeth removed by extraction/ Le an extraido dientes
_____ Bone Disorder/ Tiene dolor en los huesos	_____ Tuberculoses/ Tuberculosis	_____ Any difficulty in swallowing or Chewing Tiene dificultad tomando/masticando
_____ Heart Trouble/ Problemas del corazon	_____ Other/ otro.....	_____ Any pain or clicking on opening mouth Tiene dolor cuando abre la boca
_____ Thyroid Problem/ Problemas de tiroides	Name of the Physicians/ Si lo esta quien es su medico.....	_____ Allergie/ Alergias
_____ Rheumatic Trouble/ Problema reumatico	_____ Are You Pregnant/ Esta embarazada	Has an Orthodontist Been Consulted Presiously/ Anteriormente a sido consultado con un ortodoncista?
_____ Diabetes/ Diabetes	_____ Any Injuries to Face, Mouth, Teeth/ Alguna lesion en la cara, boca,dientes	
_____ HIV/AIDS	_____ Thumb, finger, lip sucking/ Se chupa los dedos/labios	
_____ Anemia/ Anemia		
_____ Kidney/Liver Problem/ Problemas delgado-pulmones		

Patient's attitude toward orthodontic treatment/Cual es su actitud hacia el tratamiento de ortodoncia

_____ Very Motivate/Muy motivado _____ Will Cooperate if Needed/Va coperar si nesecita _____ Not Motivated/No motivado

What would you like to have orthodontic treatment accomplish/Que quire que se realize con el tratamiento de ortodoncia

Any question(s) please ask for staff/ Si tiene alguna pregunta consulte con la recepcionista

To the best of my knowledge, the above information is complete and correct/ Segun mi leal la informacion que econtestado esta corecta.

Date/Dia _____ Signature _____

Signature of Parent or Guardian if Patient is a Minor