



## Historial Médico del Paciente

### Paciente

Fecha: \_\_\_\_\_ ¿Como se dio cuenta de nuestros servicios? \_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Inicial 2do. Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Mote: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino Número de Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Hobbies, actividades: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Número de Celular: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Correo(s) Electrónico(s): \_\_\_\_\_

### Padre/Guardián

Nombre(s) del padre o guardián: \_\_\_\_\_  
 El paciente vive con (elija según aplique)  Madre  Padre  Madrastra  Padrastro  Abuelo(s)  Otro

### Dentista

Dentista del paciente: \_\_\_\_\_ Dirección, Ciudad, Estado: \_\_\_\_\_  
 Última revisión: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_ Siguiete Cita: \_\_\_\_\_  
 Otros dentistas/especialistas odontológicos actuales: Nombre: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado \_\_\_\_\_

### Información General

¿Qué preocupaciones tiene sobre su dentadura?  
 \_\_\_\_\_

Algún miembro de su familia ha sido tratado en ésta oficina? \_\_\_\_\_ por favor compártanos su nombre: \_\_\_\_\_  
 Ha sido tratado con ortodoncia anteriormente? \_\_\_\_\_ por favor describa su tratamiento: \_\_\_\_\_

¿Por qué eligió esta oficina dental? \_\_\_\_\_

### Seguro Dental

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Nombre completo del titular de la aseguranza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Número de miembro o subscriptor: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección del Titular: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado y Código Postal: \_\_\_\_\_

Empleo: \_\_\_\_\_ Dirección de Empleo: \_\_\_\_\_

Su póliza cuenta con beneficios ortodónticos?  SI  NO  No lo sé

Compañía de Seguros Secundaria: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre Completo del Titular: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de miembro o subscriptor: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Dirección del Titular: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Empleo: \_\_\_\_\_ Dirección de Empleo: \_\_\_\_\_

Su póliza cuenta con beneficios ortodónticos?  SI  NO  No lo sé

**Sus respuestas son solo para uso en la oficina, y son confidenciales. Un historial médico a detalle es esencial para completar su evaluación ortodóntica. Para las próximas preguntas, marque "SI", "NO", o "No estoy seguro".**

## Historial Médico

### Actualmente o en el pasado, ha padecido de:

- |                             |                             |  |  |
|-----------------------------|-----------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | ¿Defectos de nacimiento o problemas hereditarios?                        |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | ¿Fracturas de huesos o lesiones mayores?                                 |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | ¿Lesiones en la cara, cabeza o cuello?                                   |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | ¿Artritis o problemas en las articulaciones?                             |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | ¿Cáncer, tumores, tratamiento de radiaciones o quimioterapia?            |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | ¿SIDA o HIV positivo?  |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | ¿Hepatitis, ictericia o algún otro problema del hígado?                  |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | ¿Polio, mononucleosis, tuberculosis, neumonía?                           |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | ¿Convulsiones, desmayos, problemas neurológicos?                         |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | ¿Problemas de visión, auditivos o del habla?                             |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | ¿Historial de desórdenes de alimentación (anorexia, bulimia)?            |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | ¿Presión alta o baja?  |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | ¿Sangrado excesivo o moretones, anemia?                                  |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | ¿Defectos del corazón, soplo del corazón, enfermedad cardíaca reumática? |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | ¿Angina, arteriosclerosis, infarto cardíaco?                             |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | ¿Dolores de cabeza frecuentes o migraña?                                 |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | ¿Infecciones del oído frecuentes, resfríos, infecciones de la garganta?  |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | ¿Respira frecuentemente por la boca?                                     |

### Ha tenido reacciones alérgicas o alguna reacción a lo siguiente?

- |                             |                             |  |   |
|-----------------------------|-----------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | Látex (guantes, globos)                               |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | Metales (joyería, botones de presión)                 |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | Acrílicos   |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | Anestésicos locales (Novocaína, lidocaína, xilocaína) |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | Aspirina  |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | Ibuprofeno (Motrin, Advil)                            |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | Penicilina  |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | Otros antibióticos                                    |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | Polen   |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | Animales  |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | Alimentos   |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | Otras sustancias                                      |

## Historial Dental

### Actualmente o en el pasado, ha padecido de:

- |                             |                             |  |  |
|-----------------------------|-----------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | ¿Dientes permanentes o extras (supernumerarios) extraídos?           |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | ¿Dientes supernumerarios (extra) o falta congénita de dentadura??    |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | ¿Lesiones o quebraduras de dientes primarios o permanentes?          |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | ¿Dientes dolorosos o sensibles?                                      |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | ¿Encías sangrantes, mal sabor u olor bucal?                          |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | ¿Fractura de mandíbula, quistes, infecciones?                        |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | ¿Endodoncias o pulpotomías?  |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | ¿Historial de problemas del habla o terapia de lenguaje?             |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | ¿Impactación de alimentos entre los dientes?                         |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | ¿Hábito de respira por la boca o ronquidos por la noche?             |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | ¿Hábitos orales frecuentes (chuparse el dedo, morder la pluma, etc.) |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | ¿Los dientes causan irritación al labio, mejilla o encías?           |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | ¿Deglución anormal (interposición lingual)?                          |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | ¿Rechinado de dientes o bruxismo?                                    |

SI  NO  No estoy seguro      ¿Enganche de articulaciones mandibulares?  
 SI  NO  No estoy seguro      ¿Músculos mandibulares o faciales adoloridos?  
 SI  NO  No estoy seguro      ¿Zumbido en oídos, dificultad para masticar o abrir la mandíbula?  
 SI  NO  No estoy seguro      ¿Alguna vez ha sido diagnosticado con enfermedad de las encías o piorrea?  
 SI  NO  No estoy seguro      ¿Alguna vez ha tenido una consulta o tratamiento ortodóntico?

## **Información Médica del Paciente**

Por favor liste cualquier medicamento, suplemento alimenticio, medicinas herbales o medicinas sin receta que toma actualmente:

---

¿Usted toma medicamento antibiótico antes de procedimientos dentales?  SI  NO

¿Ha fumado alguna sustancia o cigarrillos electrónicos?  SI  NO    ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Ha masticado tabaco?  SI  NO    ¿Ha notado cambios en su cara o mandíbula? \_\_\_\_\_

¿Algún otro problema físico? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes?: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia utiliza hilo dental?: \_\_\_\_\_

Mujeres: ¿Está embarazada?  SI  NO      ¿Está intentando quedar embarazada?  SI  NO

## **Divulgación de Información y Exención**

Autorizo la divulgación de cualquier información con respecto a mi tratamiento ortodóntico a mi compañía de seguro médico o dental.

He leído y entendido las preguntas anteriores. Mi ortodoncista o cualquier miembro del personal no son responsables de errores u omisiones en las que yo haya incurrido al completar ésta forma. Notificaré a mi ortodoncista con respecto a cualquier cambio en mi salud dental y médica.

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_