



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: _____