

Información del paciente

Fecha: _____

Nombre del Paciente _____

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Dirección _____

Calle _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Tel. residencial _____ Fecha de nacimiento _____ Seguro Social _____

Si el paciente es menor del nombre del padre o encargado/tutor _____

¿A quién le damos las gracias por haberlo referido? _____

Información de los padres o encargados/tutores

Nombre _____

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Dirección _____

Calle _____ Ciudad _____ Código Postal _____

¿Cuánto tiempo lleva en esta dirección? _____ Tel. residencial _____ Tel. trabajo _____

Tel. celular/otro _____ Correo electrónico _____

Dirección previa (si fue menos de 3 años atrás) _____

Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el paciente _____

Compañía de trabajo _____ Ocupación _____ Años en el mismo _____

Nombre de esposo(a) _____ Relación con el paciente _____

Compañía de trabajo _____ Ocupación _____ Años en el mismo _____

Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Tel. trabajo _____

Seguro Dental

Nombre del Asegurado _____ Seguro Social del asegurado _____

Compañía de Seguro _____ No.grupo _____ No.ID _____

Dirección del Seguro _____ Tel. _____

¿Tiene alguna otra cobertura dental? Si _____ No _____ Nombre del seguro _____

Información para emergencias

Nombre del pariente más cercano, que no vive con usted _____

Dirección completa _____

Calle _____ Ciudad _____ Código Postal _____

No. Tel _____

Firma del padre o engargado/tutor _____

Fecha e Iniciales _____

Historial Médico

Médico de cabecera _____ Última visita _____

Dirección _____ Teléfono _____

Circule Sí o No (Si contesta Sí, favor de explicar)

Si No ¿El paciente esta tomando algún medicamento? _____

Si No ¿El paciente es alérgico a algún medicamento? _____

Si No ¿Alguna enfermedad? _____

Si No ¿El paciente ha tenido alguna operación? _____

Si No ¿Ha sido envuelto en un accidente serio? _____

Si No ¿Ha visitado al Doctor en los últimos 12 meses? ¿Por qué? _____

Para pacientes féminas solamente:

Si No ¿La menstruación ha comenzado? _____

Si No ¿La paciente esta embarazada? _____

Circule las condiciones médicas que el paciente ha tenido o que actualmente tiene.

| | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------|
| Sangrado/Hemofilia | Diabetes | Hepatitis/Problemas del hígado | Pulmonía |
| Anemia | Mareos | Herpes | Sangrado prolongado |
| Artritis | Epilepsia | Alta presión | Radiación/Quimioterapia |
| Asma/Fiebre del Heno/Alergias | Desordenes gastrointestinales | VIH/Sida | Fiebre Reumática |
| Enfermedad en los huesos | Problemas del corazón | Problemas del riñón | Tuberculosis |
| Defectos del corazón congénitos | Soplo en el corazón | Desorden nervioso | Tumor o Cáncer |

¿El paciente tiene alguna otra condición que no se haya mencionado? _____

Historial Dental

Dentista _____ Ultima visita _____

¿Cuál es la mayor preocupación acerca de sus dientes? _____

Si No ¿El paciente tiene dolor en los dientes en estos momentos? _____

Si No ¿Ha experimentado alguna reacción desfavorable a la odontología? _____

Si No ¿El paciente ha perdido o se ha quebrado algún diente? _____

Si No ¿Ha tenido algún accidente en la cara, boca o dientes? _____

Si No ¿Hay alguna parte en la boca que sea sensitiva a la temperatura? ¿Dónde? _____

Si No ¿Hay alguna parte en la boca que sea sensitiva a la presión? ¿Dónde? _____

Si No ¿La encías sangran cuando se cepilla? _____

Si No ¿Tiene algún habito con el pulgar o la lengua? _____

Si No ¿El paciente respira por la boca solamente? _____

Si No ¿Ha visto un Ortodoncista anteriormente? ¿Quién y cuando? _____

Si No ¿Cuál es la actitud de paciente para recibir tratamiento de ortodoncia? _____

Si No ¿Algún miembro de la familia ha recibido tratamiento de ortodoncia? _____

¿Qué piensan del resultado? _____

Si No ¿Tiene incomodidad el los dientes o en la quijada por las mañanas? _____

Si No ¿Su quijada hace ruidos? _____

Si No ¿Aprieta o rechina los dientes durante el día? _____

Si No ¿Sufre de dolores de cabeza relacionados con "tensión"? _____

Si No ¿Ha experimentado un zumbido crónico en los oídos? _____

Si No ¿El paciente es sensible o es conciente de sí mismo con sus dientes? _____

Si No Si el paciente es menor de 16 años; ¿Cuál es la estatura de los padres? Madre _____ Padre _____

Si No ¿Estas conciente que algunas de las citas serán durante horas de clase/trabajo? _____

Mencione algún pasatiempo _____

Beneficios

Beneficios de la Ortodoncia: Estético, Salud y Funcionamiento. La ortodoncia es un servicio que provee un mejoramiento en la apariencia, función general y salud general de los dientes. Dientes, encías y quijadas son unas partes complejas del cuerpo y pueden que no respondan a tratamiento. Si no se practica una buena higiene oral, caries e hinchazón en las encías puede suceder. Incomodidad en las coyunturas y acortamiento de las raíces son observadas en un pequeño por ciento de los casos. Los dientes cambian durante el tiempo y puede que haya algún movimiento o cambios después del tratamiento. He leído y entendido este párrafo. También entiendo que mis récords y mi nombre pueden ser usados para propósitos educacionales y promocionales. He contestado honestamente todas las preguntas y estoy de acuerdo a informar esta oficina de cualquier cambio en mi historial médico o dental. En adicional, yo autorizo al Dr. _____ que realice una evaluación de ortodoncia completa.

Firma: _____ Fecha: _____