

### 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 encargado/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 ¿Las 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 ¿Algún miembro de la familia ha recibido tratamiento de ortodoncia? \_\_\_\_\_  
¿Qué piensan del resultado? \_\_\_\_\_  
Si No ¿Tiene incomodidad el los dientes o en la mandibula por las mañanas? \_\_\_\_\_  
Si No ¿Su mandibula 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 mandibulas 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 archivos y mi nombre pueden ser usados para propósitos educacionales y promocionales. He contestado honestamente todas las preguntas y estoy de acuerdo a informarle a esta oficina de cualquier cambio en mi historial médico o dental. En adición yo autorizo al Dr. \_\_\_\_\_ que realice una evaluación de ortodoncia completa.

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