



¡BIENVENIDOS A NUESTRA OFICINA!

MENORES DE 18 AÑOS

Formulario de Historia Medica Dental Para Pacientes Menores de 18 Años

Fecha: _____ Escuela: _____

Nombre del Paciente: _____

Dirección de Correo: _____ APELLIDO NOMBRE INICIAL

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Dirección Residencial: _____ CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Móvil: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social #: _____

Si el paciente es menor, de el nombre del guardián: _____

Correo Electrónico: _____

Método de Recordatorio de Cita: Correo Electrónico Texto: (_____) _____ - _____ /carrier: _____

ENCARGADO DEL FINANCIAMIENTO

Nombre: _____ Estado Civil: _____

APELLIDO NOMBRE INICIAL

Dirección Residencial: _____ CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Dirección de Correo: _____ CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Cuanto tiempo en esta dirección: _____ Teléfono de Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Teléfono Móvil: _____ Teléfono Alternativo: _____

Dirección Anterior (menos de tres años): _____

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Seguro Social #: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación con el Paciente: _____

Empleador: _____ Anos de Empleo: _____

Ocupación: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Nombre del Cónyuge: _____ Relación con el Paciente: _____

APELLIDO NOMBRE INICIAL

Empleador del Cónyuge: _____ Teléfono del Trabajo: _____ YAnos de Empleo: _____

Seguro Social del Cónyuge #: _____ Fecha de Nacimiento: _____

INFORMACION SOBRE SEGURO

Nombre del asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social #: _____

Nombre de la aseguradora: _____ Nombre del Grupo #: _____ Local No.: _____

Dirección: _____

Tiene doble cobertura? Si No Por favor de continuar si selecciona Si:

Nombre del asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social #: _____

Compañía de Aseguransa: _____ Grupo #: _____ Número de teléfono.: _____

Dirección de la Aseguransa: _____

Nombre de compañía de trabajo: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre de Familiar más cercano: _____

Dirección: _____

Numero de teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Sus repuestas son para los registros de la oficina solamente, y son confidenciales. Una historia médica completa es esencial para completar una evaluación de ortodoncia. Para las siguientes preguntas, por favor marque sí, no, ns/na (no se o no aplica).

HISTORIAL MEDICO

Ahora o en el pasado, ha tenido:

- sí no ns/na Defectos de nacimiento o problemas hereditarios?
- sí no ns/na Lesiones en la cara, cabeza, cuello, o algún accidente extremo?
- sí no ns/na Artritis o problemas de reumatoides?
- sí no ns/na Cáncer, tumor, radioterapia o quimioterapia?
- sí no ns/na Problemas endocrinos o de la tiroides?
- sí no ns/na Diabetes o baja de azúcar?
- sí no ns/na Problemas de riñón?
- sí no ns/na Problemas del sistema inmunológico?
- sí no ns/na Historia de osteoporosis?
- sí no ns/na Ulceras estomacales o hiperacidez?
- sí no ns/na Gonorrea, sífilis, herpes, enfermedades de transmisión sexual?
- sí no ns/na SIDA o VIH positivo?
- sí no ns/na Hepatitis, ictericia o problemas del hígado?
- sí no ns/na Polio, mononucleosis, tuberculosis, neumonía?
- sí no ns/na Convulsiones, desmayos, problemas del hígado?
- sí no ns/na Trastorno de salud mental o depresión?
- sí no ns/na Historia de trastorno de alimentación (anorexia, bulimia)?
- sí no ns/na Dolores de cabeza o migrañas frecuentes?
- sí no ns/na Presión arterial alta o baja?
- sí no ns/na Sangrado excesivo o tendencia de moretones, anemia?
- sí no ns/na Dolor en el pecho, dificultad para respirar, cansarse fácilmente, tobillos hinchados?
- sí no ns/na Defectos del corazón, soplo cardíaca, enfermedad cardíaca reumática?
- sí no ns/na Angina, arteriosclerosis, apoplejía o ataque al corazón?
- sí no ns/na Trastorno de la piel (otro que no sea el acné común)?
- sí no ns/na Se alimenta con una dieta balanceada?
- sí no ns/na Problemas de visión, audición o del habla?
- sí no ns/na Infecciones frecuentes del oído, ojos, resfriados, infecciones de garganta?
- sí no ns/na Asma problemas de sinusitis, fiebre del heno?
- sí no ns/na Condición de las Amígdalas o adenoides?
- sí no ns/na Alguna vez ha tomado bifosfonatos intravenosos como Zometa (ácido zolendronico), Aredia (pamidronato)
- sí no ns/na Didronel (etidronato) para los trastornos óseos o el cáncer?
- sí no ns/na Ha tomado bifosfonatos orales como Fosamax (alendronato), Actonel (ridendronato), Boniva (ibandronato), Skelid (tiludronato)
- sí no ns/na Didronel (etidronato) para los trastornos de los huesos?

Otro, por favor describa _____

¿Ha tenido alergias o reacciones a cualquiera de lo siguiente?

- sí no ns/na Anestésicos locales (novacaina, lidocaína, xilocaina)
- sí no ns/na Látex (guantes, globos)
- sí no ns/na Metales (joyas, broches de ropa)
- sí no ns/na Acrílicos
- sí no ns/na Polen de las plantas
- sí no ns/na Animales
- sí no ns/na Alimentos (especifique) _____
- sí no ns/na Otras sustancias (especifique)
- sí no ns/na Medicamento (Aspirina, Ibuprofeno, mortin, advil, Penicilina, Ortos antibióticos, sulfamidas, codeína u otros narcóticos)

Quien es su dentista? _____

Historial Dental

- sí no ns/na Erupción de dientes muy temprano o tarde?
- sí no ns/na Dientes (de leche) retirados que no estaban sueltos?
- sí no ns/na Dientes permanentes o supernumerarios removidos?
- sí no ns/na Supernumerario o ausencia congénita de dientes?
- sí no ns/na Dientes permanentes fragmentados o heridos?
- sí no ns/na Dientes Sensibles o adoloridos?
- sí no ns/na Alguna pérdida o ruptura de relleno dental?
- sí no ns/na Fracturas de mandíbula, quistes, infecciones?
- sí no ns/na Incia que sangran, mal olor de boca, o problemas de gustos?
- sí no ns/na Llagas bucales frecuentes o herpes labial?
- sí no ns/na Historia de problemas del habla o terapia de habla?
- sí no ns/na Hábito de respirar por la boca o ronquidos en la noche?
- sí no ns/na Hábitos orales frecuentes (chupar dedo, mascar pluma, etc.)?
- sí no ns/na Dientes causando irritaciones en los labios, mejillas o encías? _____
- sí no ns/na Dientes que rechinan o aprietan?
- sí no ns/na Chasquido, bloqueo en articulaciones de la mandíbula?
- sí no ns/na Dolor en los músculos de la mandíbula o de la cara?
- sí no ns/na Ha sido tratado por trastornos temporomandibulares?
- sí no ns/na Cualquier problema serio asociado con algún tratamiento dental previo?
- sí no ns/na Ha sido diagnosticado con la enfermedad periodontal o piorrea o tuvo tratamiento periodontal (de la encías)?

¿Ha tenido algún tratamiento de ortodoncia anteriormente?

Por favor describa _____

Describa cualquier tratamiento previo o consultas de ortodoncia?

NIÑAS SOLAMENTE

- sí no ns/na Empesado su periodo menstrual?
Si, cuando? _____
- sí no ns/na Esta embarazada

Perfil Personal

- sí no ns/na Paciente sigue direcciones con facilidad?
- sí no ns/na El paciente se cepilla los dientes con frecuencia?
- sí no ns/na Tiene alguna discapacidad o necesita atención extra para seguir instrucciones?
- sí no ns/na Que le preocupa de sus dientes?

A quién le podemos agradecer por su referencia?
