

BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA
FORMULARIO DE HISTORIA MEDICA DENTAL
ADULTO

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____
ULTIMO PRIMERO SEGUNDO

Dirección: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Teléfono de la casa: _____ Fecha de nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____

Email del paciente (correo electrónico): _____

Email de la persona responsable (correo electrónico): _____

Método del recordatorio de la cita: Email Texto: (_____) - _____ /servicio de teléfono: _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE

Nombre: _____ Estado Civil: _____
ULTIMO PRIMERO SEGUNDO

Dirección de casas: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Dirección postal: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

¿Cuánto tiempo vivido en esta dirección: _____ Teléfono de Casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Celular: _____ Teléfono alternativo: _____

Dirección anterior (Si menos de 3 años): _____
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Numero de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación con el paciente: _____

Empleador: _____ Años empleado: _____

Ocupación: _____ Ocupación _____

Nombre del esposo(a): _____ Relación con el Paciente: _____

Empleador del esposo(a): _____ Ocupación _____ Años empleado: _____

Seguro Social del esposo(a) #: _____ del esposo(a) Fecha de nacimiento: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____ # del seguro social del asegurado: _____

Compañía de seguro: _____

Grupo #: _____ No. Local: _____

Dirección de la compañía del seguro: _____

¿Tiene cobertura doble: Sí No En caso afirmativo, continuar:

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ # del seguro social del asegurado: _____

Compañía de seguros: _____ Grupo: _____ No. Local: _____

Dirección de la compañía del seguro: _____

INFORMACION DE EMERGENCIA

Nombre del familiar más cercano que no viva con usted: _____

Dirección completa: _____

Teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Entiendo que, en su caso, se pueden obtener informes de la oficina de crédito. Entiendo y acepto que soy responsable de pago. Yo certifico que esta información es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Para las siguientes preguntas marca sí, no, o no se / entiendo (no se). Las respuestas son para los registros de la oficina solamente y será considerada confidencial. Una historia clínica detallada y completa es vital para una evaluación de ortodoncia adecuada.

Ahora o en el pasado, ha tenido:

- Sí No No se Defectos de nacimiento o problemas hereditarios?
- Sí No No se Fracturas o accidentes graves?
- Sí No No se Condiciones reumatoides o artríticas?
- Sí No No se Problema de endocrino o tiroides?
- Sí No No se Problemas renales?
- Sí No No se Diabetes? En caso afirmativo, Tipo I o Tipo II?
- Sí No No se Cáncer, tumor, la radioterapia o la quimioterapia?
- Sí No No se Úlcera estomacal o acidez?
- Sí No No se Polio, mononucleosis, la tuberculosis o la neumonía?
- Sí No No se Los problemas del sistema inmunológico?
- Sí No No se SIDA o VIH positivo?
- Sí No No se Hepatitis, ictericia o problemas de hígado?
- Sí No No se Desmayos, convulsiones, epilepsia o problemas neurológicos?
- Sí No No se Alteración de la salud mental o de conducta?
- Sí No No se Visión, oído, gusto o dificultades en el habla?
- Sí No No se Pérdida de peso recientemente, falta de apetito?
- Sí No No se Historia de trastorno de la alimentación (anorexia, bulimia)?
- Sí No No se Sangrado excesivo, o tendencia a moretones, anemia o trastorno de sangre?
- Sí No No se Alta o baja presión de la sangre?
- Sí No No se Se cansa fácilmente?
- Sí No No se Dolor en el pecho, falta de aliento o inflamación de tobillos?
- Sí No No se Problema cardiovascular (enfermedad cardíaca, ataque cardíaco, angina de pecho, insuficiencia coronaria, arteriosclerosis, apoplejía, innata defectos cardíacos, soplo cardíaco o enfermedad cardíaca reumática)?
- Sí No No se Trastorno de la piel?
- Sí No No se Usted come una dieta equilibrada?
- Sí No No se Frecuentes dolores de cabeza, resfríos o dolores de garganta?
- Sí No No se Condicion de los ojos, los oídos o la garganta?
- Sí No No se Condicion de amígdalas o adenoides?
- Sí No No se Fiebre del heno, el asma, la sinusitis?
- Sí No No se Osteoporosis?

Las alergias o reacciones a cualquiera de los siguientes:

- Sí No No se Látex (guantes, globos)
- Sí No No se Metales (joyas, ropa de encaje)
- Sí No No se Anestésicos locales, como la lidocaína
- Sí No No se Acrílico
- Sí No No se Medicamentos (especifique) _____
- Sí No No se Comidas (especifique) _____
- Sí No No se otras sustancias (especificar) _____
- Sí No No se Esta tomando medicamentos, suplementos nutricionales, medicamentos a base de hierbas medicadas o medicamentos sin receta? En caso afirmativo, nombre de ellos:
Medicacion _____ Tomado para _____
Medicacion _____ Tomado para _____
- Sí No No se Actualmente tiene o alguna vez ha tenido un problema de abuso de sustancias?
- Sí No No se Usted fuma o mastica tabaco?
- Sí No No se Operaciones? Describa: _____
- Sí No No se Hospitalizados? Razon: _____
- Sí No No se Estas en tratamiento con otro profesional de cuidado de la salud? En caso afirmativo, para: _____
- Sí No No se Otros problemas físicos o síntomas? Describa: _____

¿Hay alguna otra condición médica (incluyendo las condiciones médicas de la familia) que debemos tener en cuenta? _____

¿Quién le podemos agradecer por referira usted nuestra oficina:

Nombre del dentista general: _____

Ahora o en el pasado, ha tenido:

- Sí No No se Extrajeron dientes permanentes o "extra" (supernumerarios)?
- Sí No No se Supernumerario (extra) o ausencia congénita de dientes?
- Sí No No se Astillado o víctimas de otros traumas de dientes de leche o dientes permanentes?
- Sí No No se Dientes sensibles al calor o al frío, la latido o al dolor?
- Sí No No se Fracturas de mandíbula, quistes o infecciones bucales?
- Sí No No se "Dientes muertos" o tratamiento de endodoncia?
- Sí No No se Encías sangrantes, mal sabor de boca o mal aliento?
- Sí No No se Periodontales "problemas en las encías"?
- Sí No No se Impactación de alimentos entre los dientes?
- Sí No No se Inflamacion de las encias, úlceras bucales frecuentes o el herpes labial?
- Sí No No se ¿Hábito de chupar dedos? ¿Hasta qué edad? _____
- Sí No No se Hábito de deglución anómala (sacar la lengua)?
- Sí No No se Historia de problemas del hablar?
- Sí No No se Hábito de respiración de boca, el ronquido o la dificultad para respirar?
- Sí No No se Rechinamiento de dientes, clic o bloqueo de la mandíbula?
- Sí No No se Cualquier dolor en la mandíbula o zumbido en los oídos?
- Sí No No se Cualquier dolor o malestar en los músculos de la cara o alrededor de los oídos?
- Sí No No se Dificultad encontrada en la apertura al masticar o la mandíbula?
- Sí No No se ¿Alguna vez han tratado por problemas de "ATM" o "TMD"?
- Sí No No se Consciente de restauraciones sueltas, rotas o faltantes (empastes)?
- Sí No No se Dientes irritando la mejilla, los labios, la lengua o el paladar?
- Sí No No se Preocupado por espacios en los dientes torcidos o que sobresalen?
- Sí No No se Consciente o preocupado por mandíbula subdesarrollada o superdesarrollada?
- Sí No No se Cualquier pariente con relaciones similares de dientes o mandíbula?
- Sí No No se Cualquier problema con la muela del juicio?
- Sí No No se Ha tenido tratamiento periodontal (de las encías)?
- Sí No No se Tenido problemas serios asociados con cualquier anterior tratamiento dental?
 Sí No No se Ha tenido alguna vez un examen de ortodoncia previa o tratamiento?
- Sí No No se Has estado bajo el cuidado de otro dentista?
- Sí No No se Has estado bajo el cuidado de otro especialista dental?
- Sí No No se Tendría objeción a usar aparatos de ortodoncia (frenos) en caso de que se indicarán?

Mujeres Solamente

- Sí No No se ¿Estás embarazada?
- Sí No No se ¿Estás anticipando embaraze?