

Nombre del paciente: _____ La fecha de hoy: _____

Nombre preferido: _____ Género: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono de casa: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ postal: _____

Empleador: _____ Escuela: _____ Grado: _____

¿A quién más hemos atendido en su familia? _____

¿Cómo se enteró de nuestra oficina o quién lo recomendó? _____

Responsable: _____ Fecha de nacimiento: _____

Parentesco con el paciente: _____ Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado

Teléfono celular: _____ Teléfono de casa: _____ SSN: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Cónyuge u otra madre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Parentesco con el paciente: _____ Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado

Teléfono celular: _____ Teléfono de casa: _____ SSN: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Seguro Dental Primario

Nombre del titular de la cobertura: _____ SSN: _____

Dirección postal del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Compañía de seguros: _____ Teléfono de la aseguradora #: _____

Miembro ID# _____ Grupo # _____ Empleador del asegurado: _____

Seguro dental secundario (si corresponde)

Nombre del titular de la cobertura: _____ SSN: _____

Dirección postal del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Compañía de seguros: _____ Teléfono de la aseguradora #: _____

Miembro ID# _____ Grupo # _____ Empleador del asegurado: _____

Consentimiento para el examen Entiendo que es necesario realizar un examen y recopilar registros previos al tratamiento antes de que el ortodoncista pueda hacer recomendaciones específicas para mi atención. Los registros previos al tratamiento incluyen una radiografía panorámica, fotografías digitales faciales e intraorales y un escaneo digital. Por la presente, doy mi consentimiento para el examen ortodóncico completo y para la toma de los registros previos al tratamiento necesarios.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Historia Médica

Médico de cabecera: _____ Teléfono: _____ Fecha aproximada de la última limpieza dental: _____

¿Ha estado alguna vez el paciente bajo el cuidado prolongado de un médico o se ha sometido a alguna cirugía? ☐ Yes ☐ No

En caso afirmativo, explique: _____

Por favor, confirme si el paciente ha recibido tratamiento para alguna de las siguientes afecciones:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Afecciones cardíacas (soplo, etc.) | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No VIH Positivo | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dolores de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Diabetes | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Asthma | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Infecciones renales |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Epilepsia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Parálisis cerebral |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas hepáticos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Defectos de nacimiento | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas de visión |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cáncer | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Infecciones | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Trastornos del habla |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Trastornos nerviosos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No TDAH | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Autismo |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Otros _____ | | |

¿El paciente está tomando algún medicamento actualmente? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, indique: _____

¿El paciente es alérgico a algún alimento o medicamento? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, indique: _____

¿El paciente es alérgico a algún plástico o metal? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, indique: _____

¿El paciente está tomando o ha tomado bifosfonatos (p. ej., Fosamax)? ☐ Si ☐ No

¿Es necesario medicar al paciente antes de las citas dentales? ☐ Si ☐ No

¿Es necesario medicar al paciente antes de las citas dentales? ☐ Si ☐ No

Are you pregnant? ☐ Si ☐ No

Historia dental y ortodóncica

Dentista general (nombre del consultorio): _____ Fecha aproximada de la última limpieza dental _____

¿Hay algún tratamiento dental pendiente? (Empastes, coronas, etc.). ☐ Si ☐ No _____

¿Ha sufrido alguna lesión en la cara, la boca o los dientes? ☐ Si ☐ No _____

¿Se ha chupado alguna vez el dedo o el pulgar? ☐ Si ☐ No ¿Hasta qué edad? _____

¿Tiene algún problema del habla? ☐ Si ☐ No _____

¿Respira por la boca mientras duerme o está despierto? ☐ Si ☐ No _____

¿Le han informado de la ausencia o presencia de dientes permanentes ☐ Si ☐ No _____

adicionales? ¿Siente dolor, chasquidos o crujidos en la articulación ☐ Si ☐ No _____

temporomandibular? ☐ Si ☐ No ¿Cuándo empezó esto? _____

¿Aprieta o rechina los dientes? ☐ Si ☐ No _____

¿Sufre dolores de cabeza con frecuencia? ☐ Si ☐ No _____

¿Tiene náuseas con facilidad? ☐ Si ☐ No _____

¿Ha recibido algún tratamiento de ortodoncia? ☐ Si ☐ No _____

¿Ha acudido alguna vez a un ortodoncista? ☐ Si ☐ No _____

¿Algún familiar ha recibido tratamiento de ortodoncia? ☐ Si ☐ No _____

¿Cuál es el principal motivo que le ha traído a nuestra oficina? _____

Certifico que la información anterior es completa y veraz.

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

Firma del dentista: _____ Fecha: _____

Actualización del historial médico

Inicial del paciente: _____ Fecha: _____

Doctor: _____ Fecha: _____