

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 ese 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 NoAre 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 adicionales? ¿Siente dolor, chasquidos o crujidos en la articulación 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: _____