



# BIENVENIDO A ATHENS ORTHODONTICS

## FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICO-DENTAL FORMULARIO PARA ADULTOS

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

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección de Correspondencia: \_\_\_\_\_  
ULTIMO PRIMERO MEDIO  
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Dirección Física: \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico del Paciente: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico del Responsable: \_\_\_\_\_

Recordatorio de cita:  Correo Electrónico  Mensaje de Texto (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE

Nombre: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Dirección de Residencia: \_\_\_\_\_  
ULTIMO PRIMERO MEDIO  
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Dirección de Correspondencia: \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Tiempo en Esta Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relacion con el Paciente: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Número de Años Empleado: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre del Cónyuge: \_\_\_\_\_ Relacion con el Paciente: \_\_\_\_\_

Empleador del Cónyuge: \_\_\_\_\_  
ULTIMO PRIMERO MEDIO

### INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social del Asegurado: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Número de Grupo: \_\_\_\_\_ Local No.: \_\_\_\_\_

Dirección de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

¿Tiene cobertura doble?:  Si  No En caso afirmativo, por favor continúe: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social del Asegurado: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_ Local No.: \_\_\_\_\_

Dirección de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Empleador del Asegurado: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Nombre del familiar más cercano que no vive con usted: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco con el Paciente: \_\_\_\_\_

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

Entiendo que, cuando sea apropiado, se pueden obtener informes de las agencias de crédito. Entiendo y acepto que soy responsable del pago. Certifico que esta información es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

**Para las siguientes preguntas, marque sí, no o no sabe/no entiende (ns/ne). Las respuestas son solo para los registros de la oficina y se considerarán confidenciales. Una historia completa y detallada es vital para una evaluación ortodóncica adecuada.**

**¿Ahora o en el pasado ha tenido:**

- sí  no  ns/ne Defectos de nacimiento o problemas hereditarios?
- sí  no  ns/ne Fracturas óseas, accidentes importantes?
- sí  no  ns/ne Condiciones reumatoideas o artríticas?
- sí  no  ns/ne Problemas endocrinos o de tiroides?
- sí  no  ns/ne Problemas renales?
- sí  no  ns/ne ¿Diabetes? En caso afirmativo, ¿Tipo I o Tipo II?
- sí  no  ns/ne ¿Cáncer, tumor, tratamiento de radiación o quimioterapia?
- sí  no  ns/ne Úlcera estomacal o hiperacidez?
- sí  no  ns/ne Polio, mononucleosis, tuberculosis o neumonía?
- sí  no  ns/ne Problemas del sistema inmunológico?
- sí  no  ns/ne ¿Sida o VIH positivo?
- sí  no  ns/ne Hepatitis, ictericia o problemas hepáticos?
- sí  no  ns/ne Desmayos, convulsiones, epilepsia o problemas neurológicos?
- sí  no  ns/ne Trastorno de salud mental o problema de comportamiento?
- sí  no  ns/ne Dificultades en la visión, audición, gusto o habla?
- sí  no  ns/ne Pérdida de peso reciente, falta de apetito?
- sí  no  ns/ne Hemorragias excesivas o tendencia a moretones, anemia o trastorno de la coagulación?
- sí  no  ns/ne Presión arterial alta o baja?
- sí  no  ns/ne ¿Se cansa fácilmente?
- sí  no  ns/ne Dolor en el pecho, dificultad para respirar o tobillos hinchados?
- sí  no  ns/ne Chest pain, shortness of breath or swelling ankles?
- sí  no  ns/ne Problema cardiovascular (problemas cardíacos, infarto de miocardio, angina, insuficiencia coronaria, arteriosclerosis, accidente cerebrovascular, defectos cardíacos congénitos, soplo cardíaco o enfermedad cardíaca reumática)?
- sí  no  ns/ne Problema cutáneo?
- sí  no  ns/ne ¿Sigues una dieta balanceada?
- sí  no  ns/ne Dolores de cabeza frecuentes, resfriados o dolor de garganta?
- sí  no  ns/ne Condición ocular, auditiva, nasal o de garganta?
- sí  no  ns/ne Amígdalas o adenoides?
- sí  no  ns/ne Fiebre del heno, asma, problemas sinusales?
- sí  no  ns/ne Osteoporosis?

**Alergias o reacciones a alguno de los siguientes:**

- sí  no  ns/ne Látex (guantes, globos)
- sí  no  ns/ne Metales (joyas, broches de ropa)
- sí  no  ns/ne Anestésicos locales, como la Lidocaína
- sí  no  ns/ne Acrílico
- sí  no  ns/ne Medicamentos (especifique) \_\_\_\_\_
- sí  no  ns/ne Alimentos (especifique) \_\_\_\_\_
- sí  no  ns/ne Otras sustancias (especifique) \_\_\_\_\_
- sí  no  ns/ne ¿Está tomando medicamentos, suplementos nutricionales, medicamentos a base de hierbas o medicamentos de venta libre? En caso afirmativo, por favor, indíquelos:

Medicamento \_\_\_\_\_ Tomado para \_\_\_\_\_  
Medicamento \_\_\_\_\_ Tomado para \_\_\_\_\_

- sí  no  ns/ne ¿Actualmente tiene o ha tenido algún problema de abuso de sustancias?
- sí  no  ns/ne ¿Fuma o mastica tabaco?
- sí  no  ns/ne ¿Operaciones? Describa: \_\_\_\_\_
- sí  no  ns/ne ¿Hospitalizado/a? ¿Por qué motivo? \_\_\_\_\_
- sí  no  ns/ne ¿Está siendo tratado/a por otro profesional de la salud?

En caso afirmativo, ¿para qué? \_\_\_\_\_  
 sí  no  ns/ne Otros problemas físicos o síntomas?  
Describa: \_\_\_\_\_

¿Hay alguna otra condición médica (incluyendo condiciones médicas familiares) de la que debemos tener conocimiento? \_\_\_\_\_

**¿A quién podemos agradecer por referirlo/a a nuestra oficina?**

\_\_\_\_\_

Nombre del Dentista General: \_\_\_\_\_

**Ahora o en el pasado, ¿ha tenido:**

- sí  no  ns/ne ¿Dientes permanentes o "extra" (supernumerarios) extraídos?
  - sí  no  ns/ne ¿Dientes supernumerarios (extra) o faltantes congénitamente?
  - sí  no  ns/ne ¿Dientes astillados o dañados, ya sea en dientes temporales (de bebé) o permanentes?
  - sí  no  ns/ne ¿Dientes sensibles al calor o al frío; dientes que laten o duelen?
  - sí  no  ns/ne ¿Fracturas en la mandíbula, quistes o infecciones en la boca?
  - sí  no  ns/ne ¿"Dientes muertos" o tratamientos de conducto?
  - sí  no  ns/ne ¿Encías sangrantes, mal sabor u olor en la boca?
  - sí  no  ns/ne ¿Problemas periodontales en las encías?
  - sí  no  ns/ne ¿Impactación de alimentos entre los dientes?
  - sí  no  ns/ne ¿"Abscesos en las encías", úlceras bucales frecuentes o herpes labial?
  - sí  no  ns/ne ¿Hábito de chuparse el pulgar, el dedo o chuparse?
- Hasta qué edad: \_\_\_\_\_
- sí  no  ns/ne Abnormal swallowing habit (tongue thrusting)?
  - sí  no  ns/ne Historial de problemas de habla?
  - sí  no  ns/ne Historial de problemas de habla?
  - sí  no  ns/ne ¿Hábito de respiración bucal, ronquidos o dificultad para respirar?
  - sí  no  ns/ne ¿Rechinamiento de dientes, apretar la mandíbula, clics o bloqueos?
  - sí  no  ns/ne ¿Dolor en la mandíbula o zumbido en los oídos?
  - sí  no  ns/ne ¿Dolor o molestias en los músculos de la cara o alrededor de los oídos?
  - sí  no  ns/ne ¿Dificultades al masticar o al abrir la mandíbula?
  - sí  no  ns/ne ¿Ha sido tratado/a por problemas de "TMD" o "TMJ"?
  - sí  no  ns/ne ¿Consciente de restauraciones (empastes) flojos, rotos o faltantes?
  - sí  no  ns/ne ¿Algunos dientes irritan la mejilla, el labio, la lengua o el paladar?
  - sí  no  ns/ne ¿Preocupado/a por dientes espaciados, torcidos o sobresalientes?
  - sí  no  ns/ne ¿Alguno de sus familiares tiene relaciones dentales o mandibulares similares?
  - sí  no  ns/ne ¿Problemas con las muelas del juicio?
  - sí  no  ns/ne ¿Ha recibido tratamiento de encías (gum)?
  - sí  no  ns/ne ¿Ha estado bajo el cuidado de otro dentista?
  - sí  no  ns/ne ¿Ha estado bajo el cuidado de otro especialista dental?
  - sí  no  ns/ne ¿Ha tenido algún examen o tratamiento ortodóncico previo?
  - sí  no  ns/ne ¿Le molestaría usar aparatos ortodóncicos (frenos) si fuera necesario?

**SOLO PARA MUJERES**

- sí  no  ns/ne ¿Está embarazada?
- sí  no  ns/ne ¿Espera quedar embarazada?

