

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?

