



ATHENS
ORTHODONTICS

BIENVENIDO A ATHENS ORTHODONTICS

UNDER 18

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA DENTAL MENORES DE 18 AÑOS

Fecha: _____ Escuela: _____

Nombre del Paciente: _____

Dirección de Correo: _____

Dirección Física: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Si el paciente es menor, indique el nombre del padre o tutor: _____

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: _____

Dirección de Correo: _____

Tiempo en esta dirección: _____ Teléfono de Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono Celular: _____

Teléfono Alternativo: _____ Número de Seguro Social: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Relación con el Paciente: _____

Empleador: _____ Años Empleado/a: _____ Ocupación: _____

Nombre del Cónyuge: _____ Empleador del Cónyuge: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Seguro Social del Asegurado: _____ Compañía de Seguros: _____

Número de Grupo: _____ Número Local: _____

Dirección de la Compañía de Seguros: _____

¿Tiene cobertura dual? Sí No Si es sí, por favor continúe:

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Seguro Social del Asegurado: _____ Compañía de Seguros: _____

Número de Grupo: _____ Número Local: _____

Dirección de la Compañía de Seguros: _____

Empleador del Asegurado: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Nombre del pariente más cercano que no vive contigo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Parentesco con el Paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Para las siguientes preguntas, marque sí, no o no sabe/no entiende (dk/u). 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 dk/u ¿Defectos de nacimiento o problemas hereditarios?
 sí no dk/u ¿Fracturas óseas, algún accidente importante?
 sí no dk/u ¿Condiciones reumáticas o artríticas?
 sí no dk/u ¿Problemas endocrinos o tiroideos?
 sí no dk/u ¿Problemas renales?
 sí no dk/u ¿Diabetes? Si es así, ¿Tipo I o Tipo II?
 sí no dk/u ¿Cáncer, tumor, tratamiento de radiación o quimioterapia?
 sí no dk/u ¿Úlcera estomacal o hiperacidez?
 sí no dk/u ¿Polio, mononucleosis, tuberculosis o neumonía?
 sí no dk/u ¿Problemas del sistema inmunológico?
 sí no dk/u ¿VIH positivo o SIDA?
 sí no dk/u ¿Hepatitis, ictericia o problemas hepáticos?
 sí no dk/u ¿Desmayos, convulsiones, epilepsia o problemas neurológicos?
 sí no dk/u ¿Trastorno de salud mental o problemas de comportamiento?
 sí no dk/u ¿Dificultades visuales, auditivas, del gusto o del habla?
 sí no dk/u ¿Pérdida de peso reciente, falta de apetito?
 sí no dk/u ¿Historial de trastorno alimentario (anorexia, bulimia)?
 sí no dk/u ¿Tendencia a sangrar en exceso o moretones, anemia o trastorno de coagulación?
 sí no dk/u ¿Presión arterial alta o baja?
 sí no dk/u ¿Se cansa fácilmente?
 sí no dk/u ¿Dolor en el pecho, falta de aliento o hinchazón en los tobillos?
 sí no dk/u ¿Problema cardiovascular (problemas cardíacos, ataque cardíaco, angina, insuficiencia coronaria, arteriosclerosis, accidente cerebrovascular, defectos cardíacos congénitos, soplo cardíaco o enfermedad reumática del corazón)?
 sí no dk/u ¿Problemas cutáneos?
 sí no dk/u ¿Come el paciente una dieta balanceada?
 sí no dk/u ¿Dolores de cabeza frecuentes, resfriados o dolor de garganta?
 sí no dk/u ¿Problemas oculares, auditivos, nasales o de garganta?
 sí no dk/u ¿Problemas de amígdalas o adenoides?
 sí no dk/u ¿Fiebre del heno, asma o problemas sinusales?

Alergias o reacciones a alguno de los siguientes:

- sí no dk/u Látex (guantes, globos)
 sí no dk/u Metales (joyas, broches de ropa)
 sí no dk/u Anestésicos locales, como la lidocaina
 sí no dk/u Acrílico

Medicamentos (especifique) _____

Alimentos (especifique) _____

Otras sustancias (especifique) _____

Está tomando medicamentos, suplementos nutricionales, medicamentos a base de hierbas o medicamentos de venta libre?

sí no dk/u

Si es así, por favor, menciónelos:

Medicamento _____ Tomado para _____

Medicamento _____ Tomado para _____

sí no dk/u ¿El paciente actualmente tiene o ha tenido algún problema de abuso de sustancias?

sí no dk/u ¿El paciente fuma o mastica tabaco?

sí no dk/u ¿Operaciones? Describa:

sí no dk/u ¿Hospitalizado? ¿Por qué?

sí no dk/u ¿Está siendo tratado por otro profesional de la salud?

sí no dk/u En caso afirmativo, ¿para qué?

sí no dk/u ¿Otros problemas físicos o síntomas? Describa: _____

sí no dk/u ¿Hay alguna otra condición médica (incluyendo condiciones médicas familiares) de la que debemos estar conscientes?

Nombre del dentista general: _____

Ahora o en el pasado, ¿ha tenido usted?

- sí no dk/u Comenzó a salirle los dientes muy temprano o tarde.
- sí no dk/u Se le extrajeron dientes temporales (de leche) que no estaban flojos.
- sí no dk/u Se le extrajeron dientes permanentes o “extra” (supernumerarios).
- sí no dk/u Tiene dientes supernumerarios (extra) o ausencia congénita de dientes.
- sí no dk/u Dientes astillados u otras lesiones en dientes temporales (de leche) o permanentes.
- sí no dk/u Dientes sensibles al calor o al frío; dientes que laten o duelen.
- sí no dk/u Fracturas de mandíbula, quistes o infecciones bucales.
- sí no dk/u “Dientes muertos” o tratamientos de conducto.
- sí no dk/u Sangrado de encías, mal sabor u olor en la boca.
- sí no dk/u Problemas periodontales (“problemas de encías”).
- sí no dk/u Impactación de alimentos entre los dientes.
- sí no dk/u “Granitos” en las encías, aftas frecuentes o herpes labial.
- sí no dk/u Chuparse el pulgar, dedo u otros hábitos. ¿Hasta qué edad? _____
- sí no dk/u Hábito anormal de tragar (empujar la lengua hacia adelante).
- sí no dk/u Historial de problemas de habla.
- sí no dk/u Respirar por la boca, ronquidos o dificultad para respirar.
- sí no dk/u Rechinar los dientes, apretar la mandíbula, hacer clic o bloquearse.
- sí no dk/u Algún dolor en la mandíbula o zumbido en los oídos.
- sí no dk/u Algún dolor o molestia en los músculos de la cara o alrededor de los oídos.
- sí no dk/u Dificultad al masticar o al abrir la mandíbula.
- sí no dk/u Consciente de restauraciones (empastes) flojas, rotas o faltantes.
- sí no dk/u Algún diente que irrita la mejilla, el labio, la lengua o el paladar.
- sí no dk/u Preocupación por dientes separados, torcidos o protuberantes.
- sí no dk/u Algún pariente con relaciones dentales o mandibulares similares.
- sí no dk/u Problemas con muelas del juicio.
- sí no dk/u Tratamiento periodontal (de encías).
- sí no dk/u Bajo el cuidado de otro dentista.
- sí no dk/u Bajo el cuidado de otro especialista dental.
- sí no dk/u Examen o tratamiento ortodóntico anterior.
- sí no dk/u ¿Se opondría el paciente a usar aparatos ortodónticos (frenillos) si se indicaran?

SOLO PARA NIÑAS

- sí no dk/u ¿La paciente ha comenzado su período menstrual? En ese caso, ¿aproximadamente cuándo? _____
- sí no dk/u ¿Está embarazada?

PERFIL DEL PACIENTE

- sí no dk/u ¿El paciente sigue las indicaciones correctamente?
- sí no dk/u ¿El paciente se cepilla los dientes de manera consciente?
- sí no dk/u ¿El paciente tiene discapacidades de aprendizaje o necesita ayuda adicional con las instrucciones?
- sí no dk/u ¿El paciente se siente cohibido/a por sus dientes?

¿A quién podemos agradecerle por referirlo/a a nuestra oficina? _____