

Entiendo que, en su caso, se pueden obtener informes de la oficina de crédito. Entiendo y acepto que soy responsable de pago. Yo certifico que esta información es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Para las siguientes preguntas marcan sí, no, o no saben / entender (< no se). Las respuestas son para los registros de la oficina solamente y será considerada confidencial. Una historia clínica detallada y completa es vital para una evaluación de ortodoncia adecuado.

Ahora o en el pasado, ha tenido:

- Sí No No se Defectos de nacimiento o problemas hereditarios?
- Sí No No se Fracturas o accidentes graves?
- Sí No No se Condiciones reumatoides o artríticos?
- Sí No No se Endocrino o problemas de tiroides?
- Sí No No se Problemas renales?
- Sí No No se Diabetes? En caso afirmativo, Tipo I o Tipo II?
- Sí No No se Cáncer, tumor, la radioterapia o la quimioterapia?
- Sí No No se Úlcera estomacal o acidez?
- Sí No No se Polio, mononucleosis, la tuberculosis o la neumonía?
- Sí No No se Los problemas del sistema inmunológico?
- Sí No No se SIDA o VIH positivo?
- Sí No No se Hepatitis, ictericia o problemas de hígado?
- Sí No No se Desmayos, convulsiones, epilepsia o problemas neurológicos?
- Sí No No se Alteración de la salud mental o de conducta?
- Sí No No se Visión, oído, gusto o dificultades en el habla?
- Sí No No se Pérdida de peso recientemente, falta de apetito?
- Sí No No se Historia de trastorno de la alimentación (anorexia, bulimia)?
- Sí No No se Sangrado excesivo o moretones tendencia, anemia o trastorno de sangre?
- Sí No No se Alta o baja presión del la sangre?
- Sí No No se Se cansa fácilmente?
- Sí No No se Dolor en el pecho, falta de aliento o inflamación de tobillos?
- Sí No No se Problema cardiovascular (enfermedad cardíaca, ataque cardíaco, angina de pecho, insuficiencia coronaria, arteriosclerosis, apoplejía, innata defectos cardíacos, el corazón murmurar o enfermedad cardíaca reumática)?
- Sí No No se Trastorno de la piel?
- Sí No No se Usted come una dieta equilibrada?
- Sí No No se Frecuentes dolores de cabeza, resfríos o dolores de garganta?
- Sí No No se Ojos, los oídos, la nariz o la condición de la garganta?
- Sí No No se Amígdalas o adenoides condiciones?
- Sí No No se Fiebre del heno, el asma, la sinusitis?
- Sí No No se Osteoporosis?

Las alergias o reacciones a cualquiera de los siguientes:

- Sí No No se Látex (guantes, globos)
- Sí No No se Metales (joyas, ropa de encaje)
- Sí No No se Anestésicos locales, como la lidocaína
- Sí No No se Acrílico
- Sí No No se Medicamentos (especifique) _____
- Sí No No se Comidas (especifique) _____
- Sí No No se otras sustancias (especificar) _____
- Sí No No se Está tomando medicamentos, suplementos nutricionales, a base de hierbas medicamentos o medicamentos sin receta? En caso afirmativo, nombre de ellos: _____
- Medicacion _____ Tomado para _____
- Medicacion _____ Tomado para _____
- Sí No No se Actualmente tiene o alguna vez ha tenido un abuso problemático de sustancias?
- Sí No No se Usted fuma o mastica tabaco?
- Sí No No se Operaciones? Describa: _____
- Sí No No se Hospitalizados? Razon: _____
- Sí No No se Estas en tratamiento con otro profesional de cuidado de la salud? En caso afirmativo, para: _____
- Sí No No se Otros problemas físicos o síntomas? Describa: _____

¿Hay alguna otra condición médica (incluyendo las condiciones médicas de la familia) que debemos tener en cuenta? _____

¿Quién le podemos agradecer por referira usted nuestra oficina: _____

Nombre del dentista general: _____

Ahora o en el pasado, ha tenido:

- Sí No No se removidos sin dientes permanentes o "extra" (supernumerarios)?
- Sí No No se Supernumerario (extra) o ausencia congénita de dientes?
- Sí No No se Astillado o víctimas de otros traumatismos primaria (bebé) o permanentes dientes?
- Sí No No se Dientes sensibles al calor o al frío, los dientes latido o dolor?
- Sí No No se Fracturas de mandíbula, quistes o infecciones bucales?
- Sí No No se "Dientes muertos" o endodoncias tratados?
- Sí No No se Encías sangrantes, mal sabor de boca o mal aliento?
- Sí No No se Periodontales "problemas en las encías"?
- Sí No No se Impactación de alimentos entre los dientes?
- Sí No No se "Hierve encías", úlceras bucales frecuentes o el herpes labial?
- Sí No No se ¿Hábito de chupar dedos? ¿Hasta qué edad? _____
- Sí No No se Hábito de deglución anómala (sacar la lengua)?
- Sí No No se Historia de problemas del hablar?
- Sí No No se Hábito de respiración de boca, el ronquido o la dificultad para respirar?
- Sí No No se Rechinar los dientes, apretar la mandíbula clic o bloqueo?
- Sí No No se Cualquier dolor en la mandíbula o zumbido en los oídos?
- Sí No No se Cualquier dolor o malestar en los músculos de la cara o alrededor de los oídos?
- Sí No No se Dificultad encontrada en la apertura de masticar o la mandíbula?
- Sí No No se ¿Alguna vez ha tratado de problemas "ATM" "TMD" o?
- Sí No No se Consciente de restauraciones sueltas, rotas o faltantes (empastes)?
- Sí No No se Cualquier dientes irritante mejilla, los labios, la lengua o el paladar?
- Sí No No se Preocupado espaciados dientes torcidos o que sobresale?
- Sí No No se Consciente o preocupado por debajo o encima de la mandíbula desarrollada?
- Sí No No se Cualquier relación con el diente similar o relaciones intermaxilares?
- Sí No No se Cualquier problema muela del juicio?
- Sí No No se Tenido tratamiento periodontal (de las encías)?
- Sí No No se Tenido problemas serios asociados con cualquier anterior tratamiento dental?
- Sí No No se Tenido alguna vez un examen de ortodoncia previa o tratamiento?
- Sí No No se Has estado bajo el cuidado de otro dentista?
- Sí No No se Has estado bajo el cuidado de otro especialista dental?
- Sí No No se Tenido alguna vez un examen de ortodoncia previa o tratamiento?
- Sí No No se Tendría objeción a usar aparatos de ortodoncia (Llaves) en caso de que se indicarán?

Mujeres Solamente

- Sí No No se ¿Estás embarazada?
- Sí No No se ¿Estás anticipando embaraze?