

BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA

FORMULARIO DE HISTORIA MEDICA DENTAL

MENOR DE 18



Fecha: _____ Escuela: _____

Nombre del paciente: _____
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

Address: _____
CALLE CUIDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Teléfono de la casa: _____ Fecha de nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____

Si el paciente es menor de edad, nombre del padre or guardián: _____

Email de paciente (correo electrónico): _____

Email de la persona responsable (correo electrónico): _____

Método del recordatorio de la cita: Email Texto: (_____) - _____ /servicio de teléfono: _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE

Nombre: _____ Estado Civil: _____
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

Dirección de casas: _____
CALLE CUIDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Dirección postal: _____
CALLE CUIDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

¿Cuánto tiempo vivido en esta dirección: _____ Teléfono de Casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Celular: _____ Teléfono alternativo: _____

Dirección anterior (si es inferior a 3 años): _____
CALLE CUIDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Numero de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación con el paciente: _____

Empleador: _____ No. años empleado: _____

Ocupación: _____ Ocupación No. _____

Nombre del esposo(a): _____ Relación con el Paciente: _____

Empleador del esposo(a): _____ Ocupación No. _____ Años empleado: _____

Seguro Social del esposo(a) #: _____ del esposo(a) Fecha de nacimiento: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nobre del Asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Del Seguro Social del asegurado _____

Compañía de seguro: _____ Grupo #: _____ No. Local: _____

Dirección de la compañía del seguro: _____

¿Tiene cobertura doble: Sí No En caso afirmativo, continua:

Nobre del Asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Del Seguro Social del asegurado _____

Compañía de seguro: _____ Grupo: _____ No. Local: _____

Dirección de la compañía del seguro: _____

Empleador del Asegurado: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Nombre del familiar más cercano que no viva con usted: _____

Dirección completa: _____

Teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Para las siguientes preguntas marcan sí, no, o no saben / entender (no se). Las respuestas son para los registros de la oficina solamente y serán consideradas como confidenciales. Una historia clínica detallada y completa es vital para una evaluación de ortodoncia adecuada.

Ahora o en el pasado, ha tenido

- Sí No No se Defectos de nacimiento o problemas hereditarios?
- Sí No No se E fracturas o accidentes graves?
- Sí No No se Sin condiciones reumatoideas o artríticas?
- 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 Ulcera 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 Se historia de trastorNo de la alimentación (anorexia, bulimia)?
- Sí No No se Se sangrado excesivo o moretones tendencia, anemia o trastorno de sangre?
- Sí No No se Alta o baja presión de 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 Come al paciente una dieta equilibrada?
- Sí No No se Recuentes dolores de cabeza, resfríos o dolores de garganta?
- Sí No No se Se ojos, los oídos, la nariz o la condición de la garganta?
- Sí No No se Amigadalas o adenoides condiciones?
- Sí No No se Fiebre del heno, el asma, la sinusitis?

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 (especificar) _____
- 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: _____
- Medicación _____ Tomado para _____
- Medicación _____ Tomado para _____
- Sí No No se Actualmente tiene, o alguna vez ha tenido un abuso problemático de sustancias?
- Sí No No se El paciente fuma o mastica tabaco?
- Sí No No se Operaciones? Describa: _____
- Sí No No se Hospitalizado? Razon: _____
- Sí No No se Estas en tratamiento con otro profesional del cuidado de la salud? En caso afirmativo, para: _____
- Sí No No se Otros problemas físicos o síntomas?
- Describe: _____
- ¿Hay alguna otra condición médica (incluyendo las condiciones médicas de la familia) que debemos tener en cuenta? _____

Who may we thank for referring you to our office: _____
 Nombre del dentista general: _____

Ahora o en el pasado, ha tenido:

- Sí No No se Creados dentición muy temprano o tarde?
- Sí No No se Sin dientes primarios (de leche) retirados que no estaban sueltos?
- Sí No No se Permanent or "extra" (supernumerary) teeth removed?
- 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 incias", úlceras bucales frecuentes o el herpes labial?
- Sí No No se Habito de chupar dedos? ¿Hasta qué edad? _____
- Sí No No se Hábito de deglución anómala (sacar la lengua)?
- Sí No No se Historia de los problemas del habla?
- 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 mascar o la mandíbula?
- 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 especialista dental?
- 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 Haría el paciente oponerse a usar aparatos de ortodoncia (Llaves) en caso de que se indicarán?

PARA CHICAS

- Sí No No se Se ha iniciado el paciente sus períodos menstruales? Si es así, cuándo? _____
- Sí No No se Estás embarazada?

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE

- Sí No No se ¿El paciente sigue bien las instrucciones?
- Sí No No se ¿El paciente se cepilla los dientes / conciencia?
- Sí No No se ¿El paciente tiene problemas de aprendizaje o es una necesidad ayuda adicional con instrucciones?
- Sí No No se El paciente es consciente de dientes?