

FORMULARIO DE HISTORIA DENTAL MÉDICO

Fecha _____
Nombre de Dentista General _____
Nombre del paciente _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ código postal _____
Teléfono de casa _____ teléfono celular _____ Teléfono del trabajo _____
Dirección de correo electrónico _____
Fecha de Nacimiento ____/____/____ Seguro Social _____
Compañía de celular _____ # móvil y # de TXT _____

INFORMACION DE PERSONA RESPONSABLE

Nombre de Persona Responsable _____
Residencia _____ Ciudad _____ Estado ____ código postal _____
Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado ____ código postal _____
¿Cuánto tiempo en esta dirección ____ Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____
Dirección anterior (si es menor de 3 años) _____ Ciudad _____
Estado ____ Código Postal _____
Dirección de correo electrónico de persona Responsable _____
Fecha de Nacimiento ____/____/____ Seguro Social _____
Relación con el paciente _____ Compañía de Seguros _____
#SS _____ Empleador _____ Ocupación _____
No. Años empleado ____ Contacto de Emergencia _____ Relación _____
Teléfono _____ Nombre de la compañero (a) _____
Relación con el paciente _____ Empleador de compañero (a) _____
Ocupación _____ No. Años empleado ____
Fecha de Nacimiento de compañero (a) ____/____/____
#Seguro Social de compañero (a) _____

INFORMACION DE LA ASEGURANZA

Nombre del Asegurado _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
#SS _____ Compañía de Seguros _____ # de Grupo _____
Local _____ Dirección del Seguro _____
Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____
¿Tiene doble cobertura? Sí No En caso que si, por favor continúe _____

FORMULARIO DE HISTORIA DENTAL MÉDICO

Nombre del Asegurado _____
 Fecha de nacimiento ____/____/____ #SS _____
 Compañía de Seguros _____ # de Grupo _____
 # Local _____ Dirección del Seguro _____
 Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____
 Empleador del Asegurado _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA (que no sea persona responsable)

Nombre _____ Teléfono _____
 Relación con el paciente _____ Dirección _____
 Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____

Entiendo que, en su caso, los informes de la oficina de crédito se pueden obtener. Entiendo y acepto que me. Soy responsable del pago. Certifico que esta información es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Firma (Persona responsable, si es menor de edad)

Fecha

Para las siguientes preguntas marce sí, no, o no se / entendio (DK / U). Las respuestas son solo para registros de la oficina y se considerará confidencial. Una historia clínica detallada y completa es vital para una evaluación de ortodoncia.

Ahora o en el pasado, ¿ha tenido

- Si No No sé Defectos de nacimiento o problemas hereditarios?
- Si No No sé Fracturas de huesos, accidentes importantes?
- Si No No sé Reumatoide o condiciones artríticas?
- Si No No sé Problemas endocrinos o de la tiroides?
- Si No No sé Problemas de riñón?
- Si No No sé Diabetes? Si es Si, Tipo I o Tipo II?
- Si No No sé Cáncer, tumor, radioterapia o quimioterapia?
- Si No No sé Úlcera de estómago o hiperacidez?

FORMULARIO DE HISTORIA DENTAL MÉDICO

- Si No No sé Polio, mononucleosis, la tuberculosis o la neumonía?
 Si No No sé Problemas del sistema inmunológico?
 Si No No sé SIDA o VIH positivo?
 Si No No sé Hepatitis, ictericia o problemas de hígado?
 Si No No sé Desmayos, convulsiones, epilepsia o un problema neurológico?
 Si No No sé Alteración de la salud mental o problema de comportamiento?
 Si No No sé Dificultades de la visión, la audición o el habla?
 Si No No sé Pérdida de peso recientemente, falta de apetito?
 Si No No sé Historia de trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia)?
 Si No No sé Sangrado excesivo o tendencia hematomas, anemia o trastorno hemorrágico?
 Si No No sé Alta o baja presión de Sangre?
 Si No No sé Se fatiga Fácil?
 Si No No sé Dolor en el pecho, falta de aliento o inflamación de tobillos?
 Si No No sé Problema cardiovascular (problemas del corazón, ataque al corazón, angina de pecho, insuficiencia coronaria, arteriosclerosis, derrame cerebral, defectos cardíacos congénitos, soplo cardíaco o enfermedad cardíaca reumática)?
 Si No No sé Trastorno de la piel?
 Si No No sé ¿Usted come una dieta bien balanceada?
 Si No No sé Frecuentes dolores de cabeza, resfriados o dolores de garganta?
 Si No No sé Condición de ojo, el oído, la nariz o la garganta?
 Si No No sé Condición de amígdalas o adenoides?
 Si No No sé Fiebre del heno, asma, sinusitis?
 Si No No sé Osteoporosis?

Sólo niñas

Ha comenzado la paciente sus períodos mensuales?

Si es así, ¿cuándo? _____

Si No No sé

¿Está embarazada la paciente?

Si No No sé

Sólo mujeres

¿Estás embarazada?

Si No No sé

¿Está anticipando quedar embarazada?

Si No No sé

FORMULARIO DE HISTORIA DENTAL MÉDICO

Alergias o reacciones a cualquiera de los siguientes?

- Si No No sé Látex (guantes, globos)
 Si No No sé Metales (joyas, broches de presión de la ropa)
 Si No No sé Los anestésicos locales, como la lidocaína
 Si No No sé Acrílico
 Si No No sé Medicamentos (especificar) _____
 Si No No sé Alimentos (especificar) _____
 Si No No sé Otras sustancias (especificar) _____
 Si No No sé ¿Está tomando medicamentos, suplementos nutricionales, medicamentos a base de hierbas o medicamentos de venta libre? Si es así, por favor Nombre:
 Medication _____ Tomado para _____
 Medication _____ Tomado para _____
- Si No No sé ¿Actualmente tiene o alguna vez ha tenido un problema de abuso de sustancias?
 Si No No sé ¿Usted fuma o mastica tabaco?.
 Si No No sé Operaciones? describir _____
 Si No No sé Hospitalizado? Por: _____
 Si No No sé Tratado por otro profesional de la salud?
 En caso que sea así, para: _____
 Si No No sé Otros problemas físicos o síntomas? Describa: _____
 Si No No sé ¿Hay alguna otra condición médica (incluyendo condiciones médicas familiares) que debe tener en cuenta? _____

Ahora o en el pasado, ¿ha tenido:

- Si No No sé (Supernumerarios) dientes permanentes o "extra"?
 Si No No sé Los dientes supernumerarios (adicionales) o ausencia congénita?
 Si No No sé Astillado o lastimado los dientes de bebe o los dientes permanentes?
 Si No No sé Dientes sensibles al calor o frío; pulso en los dientes o dolor?
 Si No No sé Fracturas a la mandíbula, quistes o infecciones de la boca?
 Si No No sé "Dientes muertos" o tratamiento de endodoncias?
 Si No No sé Sangrado de las encías, mal sabor de boca o mal aliento?

FORMULARIO DE HISTORIA DENTAL MÉDICO

- Si No No sé Periodontales “problemas en las encías”?
- Si No No sé Impactación de alimentos entre los dientes?
- Si No No sé “llagas de encía” úlceras bucales frecuentes o herpes labial?
- Si No No sé Hábito de chuparse algún dedo? ¿Hasta qué edad?
- Si No No sé Hábito de deglución anormal (lingual)?
- Si No No sé Historia de problema para hablar?
- Si No No sé Rechina los dientes, aprieta, chasquea o cierra la mandíbula,?
- Si No No sé Cualquier dolor en la mandíbula o zumbido en los oídos?
- Si No No sé Cualquier dolor o dolor en los músculos de la cara o alrededor de los oídos?
- Si No No sé Dificultad encontrada en la masticación o apertura de la mandíbula?
- Si No No sé ¿Alguna vez ha sido tratado de problemas “ATM”o “TMD”?
- Si No No sé Conscientes de sueltos, rotos o faltantes restauraciones (empastes)?
- Si No No sé Algún diente que este irritando la mejilla, los labios, la lengua o el paladar?
- Si No No sé Preocupado por dientes con mucho espacio, torcidos o que sobresalen?
- Si No No sé Consciente o preocupados por mandíbula subdesarrollada o sobre desarrollada?
- Si No No sé Cualquier pariente con similar diente o relaciones de la mandíbula?
- Si No No sé Cualquier problema de muelas del juicio?
- Si No No sé Ha tenido tratamiento periodontal (de las encías)?
- Si No No sé Tenía problemas serios asociados con cualquier tratamiento dental anterior?
- Si No No sé Alguna vez has tenido un examen de ortodoncia previa o tratamiento?
- Si No No sé ¿Has estado bajo el cuidado de otro dentista?
- Si No No sé ¿Has estado bajo el cuidado de otro especialista dental?
- Si No No sé Usted estara en contra de el uso de aparatos de ortodoncia o fenos en caso de que se le indicara que tenga que usarlos.