

Fecha de hoy ____/____/____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente _____ Edad _____
Apodo _____ Sexo M / F Fecha de nacimiento ____/____/____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código postal _____
Tel. de casa _____ Tel. del trabajo _____
Si el paciente es menor de edad, el nombre del padre / tutor _____
Hobby/intereses del paciente _____ Escuela/Ocupación _____ Grado _____
Hermana/os o Hija/os (nombres/edades) _____
Amigo cercano o pariente que es un paciente aquí: _____
¿Ha tenido el paciente una *consulta* de ortodoncia previa? S / N ¿Tratamiento de ortodoncia previo? S / N
Si es así, ¿cuándo / dónde? _____ Nombre del Dr. _____
¿Qué de sus dientes / mordida y / o apariencia le ha llevado a vernos _____
¿A quién podemos agradecer por remitirlo a nuestra oficina? _____

INFORMACIÓN DEL PARTIDO RESPONSABLE

Nombre _____ Rel. al paciente _____ Estado civil S / C / V / D
Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código postal _____
Tel. de casa _____ Tel. del trabajo _____ Tel. móvil _____
Empleador _____ Ocupación _____ No. años. emp'd . _____
Número de Seguro Social ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento ____/____/____
Número de licencia de conducir _____
Nombre del cónyuge _____ Relación al paciente _____
Empleador _____ Ocupación _____ No. años. emp'd . _____
Dirección de correo electrónico _____

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO/A

Nombre del asegurado/a _____ Rel. al paciente _____
Nom. de compañía de seguro _____ Núm. de teléfono _____
Empleador _____ Ocupación _____ No. años. emp'd . _____
Número de Seguro Social ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento ____/____/____
Número de licencia de conducir _____

HISTORIA DENTAL

¿Cómo se siente el paciente con el uso de los "aparatos ortopédicos"? _____

¿Alguien más en la familia tiene un problema de ortodoncia similar? S / N ¿Quién? _____

Nombre del dentista del paciente _____ ¿El paciente recibe chequeos dentales regulares? S / N

Último examen dental ____/____/____ Últimas radiografías dentales ____/____/____

Otros especialistas dentales _____

¿El paciente está satisfecho con la odontología anterior? S / N

¿Alguna experiencia dental desfavorable? _____

¿Tiene el paciente actualmente o ha tenido alguna de las siguientes situaciones? (Marque)

Hábito del pulgar / dedo

Lesión de cabeza / cuello

Habito de morderse las uñas

Dolor de mandíbula / articulaciones / cabeza / cuello

Enfermedad periodontal

Herpes labial

Cirugía de encías / entrapes de comida

Extracciones de dientes adulto/ bebe/ muelas de juicio

¿Existe alguna otra información dental que debamos conocer?

HISTORIAL MÉDICO

Médico del paciente _____ ¿Estado de salud general? Excelente/Bueno/Deficiente

¿El paciente es alérgico a algo (medicamentos, comida, polen) _____

¿Está el paciente actualmente bajo atención médica? S / N ¿Para qué / dónde? _____

¿El paciente está tomando actualmente algún medicamento? _____

¿El paciente ha sido hospitalizado alguna vez? S / N ¿Cuándo / dónde? _____

¿Tiene el paciente actualmente o ha tenido alguna de las siguientes situaciones? (Marque)

Adenoides removidas

Problemas de los senos nasales

Cáncer

Adicción a las drogas

Asma Hepatitis

Problemas renales Tuberculosis

Cirugía mayor

Problemas del habla

Cirugía estética

SIDA (VIH)

Accidente automovilístico Presión

Problemas hepáticos

Epilepsia / convulsiones

arterial alta

Tubos en los oídos

Problemas nasales / de las vías

Consumo de tabaco

Diabetes

respiratorias

Trastornos hemorrágicos

Problemas pulmonares

Artritis

Trastornos inmunitarios

Enfermedad venérea

Problemas cardíacos

Extirpación de amígdalas

¿Existe alguna otra información médica que debamos conocer?

Firma _____

Firma del paciente/padre para verificar la información escrita arriba

Actualizaciones (fecha e iniciales) _____