

Forma de la historia de la salud

Información biográfica del paciente	
Nombre:	Fecha de nacimiento:
Inicial del segundo nombre:	Género:
Apellido:	Número de Seguro Social:
Apodo:	
Dirección:	Teléfono principal:
Ciudad:	Teléfono alternativo o celular:
Estado:	Dirección electrónica-Email:
Código Postal:	
Si el paciente es menor de edad, por favor liste el nombre del padre(s) o representante(s):	
Si el paciente es menor de edad. ¿Con quién vive? Seleccione...	
Por favor liste los nombres de familiares o amigos que actualmente sean pacientes de este consultorio	
Díganos si practica algún deporte, cuáles son sus actividades favoritas, o si toca algún instrumento musical:	
¿A quién le debemos agradecer el habernos referido a usted como paciente?	

Información del responsable financiero			
Responsable Financiero			
Nombre:		Dirección:	
Inicial del segundo nombre:		Ciudad:	
Apellido:		Estado:	
Estado Civil:		Código postal:	
¿Cuánto tiempo ha residido en esta dirección?		Dirección anterior (menos de 3 años):	
Teléfono principal:		Número de Seguro Social:	
Teléfono alternativo o celular		Empleador:	
Dirección de correo electrónico-Email:		Ocupación:	
Fecha de nacimiento:		Tiempo en ese empleo:	
Relación con el paciente:		Teléfono del trabajo:	
Esposo/a u otro nombre		Ocupación:	
Inicial del segundo nombre:		Fecha de nacimiento:	
Apellido:		Tiempo en ese empleo:	
Empleador:		Teléfono del trabajo:	
		Relación con el paciente:	

Información sobre seguro dental			
Nombre del asegurado:		Identificación del subscriptor (ID):	
Compañía de seguro:		Grupo #:	

Dirección de la compañía de seguro:		Teléfono compañía seguro:	
Ciudad:		Empleador:	
Estado:		Relación con el paciente:	
Código postal:			
¿Tiene usted doble seguro médico dental?			
Nombre del asegurado:		Identificación del subscriptor (ID):	
Compañía de seguro:		Grupo #:	
Dirección de la compañía de seguro:		Teléfono compañía seguro:	
Ciudad:		Empleador:	
Estado:		Relación con el paciente:	
Código postal:			

Información en caso de emergencia			
Nombre del pariente más cercano que no viva con usted:			
Dirección completa:			
Teléfono:		Relación con el paciente:	

Historia Dental			
Nombre del dentista:		¿Ha tenido alguna consulta o tratamiento de Ortodoncia?	
Con qué frecuencia tiene chequeo con el dentista:		Si ha tenido, indique cuándo:	
Fecha del último chequeo:			
¿Necesita el paciente tomar medicamentos previo a su consulta dental?			
¿Cuál es la razón principal por la que solicitó una consulta con un Ortodontista?			
¿Problema del lenguaje / terapia?		¿Se lava los dientes diariamente?	
¿Rechina o aprieta los dientes?		¿Usa hilo dental?	
Hábitos orales -¿Se chupa el dedo, se come las uñas o se muerde los labios?		¿Se ha hecho tratamiento de flúor?	
¿Lesión en la cara, mandíbula, dientes o boca?		¿Respira por la boca?	
¿Molestia en los dientes o encías?		¿Ronca cuando duerme?	
¿Dolor, sensibilidad o ruido en la mandíbula?		¿Le falta algún diente o tiene un diente permanente extra?	
¿Dolores frecuentes de cabeza?		¿Tiene usted alguna aprensión con respecto al cuidado dental?	
¿Dolor del cuello u hombros?		¿Mastica chicle con frecuencia?	
¿Dolores de garganta frecuentes?		¿Pulgar o hábito dedo como niño?	
¿La comida se le queda atrapada en los dientes?		¿Fracturas en la mandíbula, quistes, infecciones bucales?	
¿Dientes sensibles al calor o al frío?		¿Sangramiento en las encías?	
¿Tratamientos de conducto previos?		¿Otro problema periodóntico (encías)?	
¿Mal sabor o mal aliento en la boca?		¿Frecuentes llagas o herpes en la boca?	
¿Tratamientos previos de periodoncia (encías)?		¿Le han sacado su muela del juicio?	
¿Anormalidades al tragar (empujar con la lengua)?		¿La comida se le queda atrapada en los dientes?	
¿Dientes que le irritan su lengua, cachetes, labios, etc?		¿Todos sus tratamientos dentales están al día?	
¿Muchos empastes en sus dientes?			
Si contestó "Si" a cualquiera de las preguntas listadas arriba, por favor explique:			

¿Le han hecho la prueba de detección de TMJ (Trastornos tempo mandibulares)		¿Usted experimenta dolor en los músculos de su cara y alrededor de los oídos?	
¿Ha usted tenido problemas en las coyunturas de la mandíbula anteriormente?		¿Usted siente que la coyuntura de su mandíbula le suena?	
¿Ha recibido tratamiento para TMJ?		¿Usted aprieta sus dientes?	
¿Alguna vez se le ha bloqueado su mandíbula?		¿Usted tiene dificultad al masticar o abrir su boca?	
¿Su mordida se siente incómoda o inusual?			
Si alguna de estas preguntas sobre TMJ fueron contestadas "Si" por favor explique:			

Historia Médica			
Nombre de Médico:		Fecha de su último examen físico:	
Dirección:		Salud del Paciente:	
Ciudad, Estado Código Postal			
¿Ha habido algún cambio en la salud general del paciente en el último año?			
¿El paciente está bajo el cuidado médico de algún doctor especialista (no rutinario)?			
Si es así ¿Para qué lo están tratando?			
¿El paciente ha estado enfermo de gravedad/hospitalizado el los últimos 5 años?			
Enumere las medicinas que el paciente esté tomando (incluyendo las sin receta):			
Reacciones alérgicas a:			
Látex	Penicilina u otro antibiótico		
Sulfa	Aspirina, Ibuprofeno, Tylenol		
Anestésicos locales	Codeína u otro narcótico		
Otro			
Enumere cualquier medicina a la que el paciente pueda ser alérgico o sensible (que no esté listada arriba):			

Soplo en el corazón	Diabetes
Daño en las válvulas del corazón o válvula artificial	Problemas de crecimiento
Cardiopatía congénita	Tuberculosis / enfermedad de los pulmones
Enfermedad del corazón	Neumonía
Fiebre reumática	Cáncer
Anginas grandes	¿Antecedentes de Cáncer en la familia?
Enfermedad del Hígado, Ictericia, Hepatitis	¿Ha recibido radioterapia?
Enfermedad en los riñones	Arteriosclerosis
Infarto/ Embolia	Tiroides/Problemas endocrinos
Hemofilia	Úlcera estomacal o Hiper acidés
Hipertensión / Presión arterial alta	Terapia de hormonas
Sangramiento prolongado/ Transfusiones	Alergia al Látex o al Metal
Anemia/ Trastornos sanguíneos	Trastornos nerviosos:
VIH/SIDA	Trastornos en los huesos / Pérdida de hueso
Amígdalas / Adenoides Extraídas	Convulsiones / Epilepsia/ Enfermedades neurológicas
Impedimentos / Incapacidades	Tratamiento por problemas emocionales
Artritis/ Problemas en las coyunturas	Asma
Anginas grandes	Problemas respiratorios/Enfisema
Problemas de Sinusitis	Inflamación persistente en las glándulas del cuello
Incontinencia urinaria nocturna	Enfermedades de trasmisión sexual
Problemas con abuso de sustancias (pasado o presente)	Presión arterial baja
Fracturas/ Trauma en la Cara/ Mandíbula	Tos persistente
Prótesis en las coyunturas	MUJERES: ¿Está usted embarazada?
Fatiga Crónica	Usted toma Bisphosphonato (Fosamax, Boniva)

Si alguna respuesta a las preguntas anteriores fue "Si" por favor explique:

Los pacientes a veces solicitan cambios en sus mordidas, en su cara y el alivio del dolor o incomodidad. Por favor ayúdenos a entender sus preocupaciones. Revise la siguiente información, llénela y por favor sea específico (indique si es: Arriba, abajo, más, menos, etc.)

Dientes-Si usted pudiera hacer cambios en sus dientes. ¿Qué les cambiaría?

Cara- Si usted pudiera cambiar su apariencia facial ¿Como la cambiaría?

Síntomas- Si usted quiere reducir el dolor o la incomodidad, por favor especifique el lugar. Lado derecho, izquierdo o los dos si aplica.

Si el paciente es menor de 18 años por favor conteste las siguientes preguntas:

Estatura

Escuela

Peso

Grado

¿El paciente ha comenzado la pubertad?

Si el paciente es hembra; ¿Ha comenzado a menstruar?

Si el paciente es varón; ¿Le ha cambiado su voz o tiene bellos en la cara?

¿El paciente ha crecido desde el último año o su talla de zapatos ha cambiado recientemente?

¿Alguno de los padres biológicos ha recibido tratamiento de ortodoncia?

Yo certifico que he leído y entendido lo anteriormente expuesto. Yo reconozco que he completado esta forma con el mejor de mis conocimientos y que mis preguntas han sido contestadas para mi satisfacción. Yo no haré responsable a mi ortodoncista ni a ningún miembro de su personal por algún error u omisión en el que yo haya incurrido al llenar esta forma. Si hay algún cambio en esta historia médica o en la condición dental más adelante, yo les informaré.

Yo tengo conocimiento de donde pueden ser obtenidos los reportes pertinentes del buró de crédito.

Fecha: