

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido del paciente: _____
 Dirección: _____
 Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Número de seguridad del paciente: _____ Parte responsable o guardián: _____
 Referido por: _____
 Dentista general: _____ Fecha de ultimo examen/limpieza dental: _____

INFORMACIÓN DEL PARTE RESPONSABLE

Nombre y apellido: _____ Estatus marital: _____
 Dirección: _____ Cuantos años viva aquí: _____
 Dirección de envío: _____ Dirección de correo electrónico: _____
 Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono móvil: _____
 Número de seguridad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación del paciente: _____
 Empleo: _____ Ocupación: _____ Años empleado: _____
 Nombre de esposa: _____ Relación del paciente: _____
 Empleador: _____ Ocupación: _____ Años empleado: _____

INFORMACIÓN ASEGURANZA

Dueño de póliza: _____ Número de seguridad : _____
 Nombré de aseguranza: _____ No. de grupo: _____ No. de identificación: _____ No. de unión: _____
 Dirección de compañía de aseguranza: _____ Teléfono de compañía de aseguranza: _____
 Empleado del dueño: _____ Tiene otra compañía de aseguranza: ☐ No ☐ Sí
 Nombré de aseguranza: _____ No. de grupo: _____ No. de identificación: _____ No. de unión: _____
 Dirección de compañía de aseguranza: _____ Teléfono de compañía de aseguranza: _____
 Empleado del dueño: _____
 Dueño de póliza: _____ Número de seguridad : _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Pariente cercano que no viva con Ud.: _____
 Dirección: _____
 Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Relación: _____
 Firma del paciente (firma de padre si paciente tiene menos de 18 años): _____
 Fecha: _____ Actualizaciones (fecha y firma con iniciales): _____

HISTORIA MÉDICA

¿Es el paciente en salud buena? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene el paciente una enfermedad mayor? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene el paciente una alergia a látex? ☐ Sí ☐ No

¿El paciente está bajo tratamiento medico? ☐ Sí ☐ No

¿Que tipo de atención? _____

¿Tiene el paciente alguna de las siguientes condiciones?

Anemia	☐ Sí	☐ No	Soplo del corazón	☐ Sí	☐ No
Arthritis	☐ Sí	☐ No	Necesita atención médico	☐ Sí	☐ No
Asma	☐ Sí	☐ No	Hepatitis	☐ Sí	☐ No
Problemas de sangrado o coagulación	☐ Sí	☐ No	Presión arterial alta	☐ Sí	☐ No
Problemas en los huesos	☐ Sí	☐ No	Problemas de los riñones	☐ Sí	☐ No
Problema respiratorio	☐ Sí	☐ No	Problema del hígado	☐ Sí	☐ No
Diabetes	☐ Sí	☐ No	Problemas de la sistema nervioso	☐ Sí	☐ No
Problema endocrino	☐ Sí	☐ No	Neumonía	☐ Sí	☐ No
Epilepsia	☐ Sí	☐ No	Soplo del corazón	☐ Sí	☐ No
Desmayarse	☐ Sí	☐ No	Tuberculosis	☐ Sí	☐ No
Herpes labial/febril	☐ Sí	☐ No	Problema de habla	☐ Sí	☐ No
Problemas del corazón	☐ Sí	☐ No	Problemas de tragar	☐ Sí	☐ No
Sida o VIH positivo	☐ Sí	☐ No			

El paciente tiene muchas...

La gripe: ☐ Sí ☐ No Dolor de garganta: ☐ Sí ☐ No Infecciones en el oído: ☐ Sí ☐ No

¿El paciente tiene las amígdalas o anginas? (qué edad: _____) ☐ Sí ☐ No

¿Si eres mujer, estás embarazada? ☐ Sí ☐ No

¿Actualmente esta tomando ó ha sido recetado bifosfonatos orales óintravenosos para osteoporosis, osteopenia, o otros usos como: Fosamax, Actonel, Boniva, Reclast, Skelid, Didronel, o Bonefos? (cuánto tiempo: _____) ☐ Sí ☐ No

¿Es el paciente tomando algun medicamento o droga? (Si la respuesta es sí, favor de apuntar.) _____

¿Alguna vez le han indicado que es alérgico a un medicamento? (Si la respuesta es sí, favor de apuntar.) _____

HISTORIA DENTAL

La razón por examen ortodoncia: _____

Tiene lesión a su boca: _____

La paciente tiene...

Una mala costumbre de chuparse el dedo	☐ Sí	☐ No	Dientes que faltan	☐ Sí	☐ No
Una mala costumbre de comerse las uñas	☐ Sí	☐ No	Dientes adicionales	☐ Sí	☐ No
Una costumbre de empuje lingual	☐ Sí	☐ No	Dolor en la mandíbula	☐ Sí	☐ No
Una costumbre a respiración por la boca	☐ Sí	☐ No	¿Tiene estallidos o hacienda clic en las articulaciones de la mandíbula?	☐ Sí	☐ No
Una costumbre a apoyarse de su puño	☐ Sí	☐ No	El rechinar de dientes	☐ Sí	☐ No
Dientes absceso	☐ Sí	☐ No	¿Tiene dolores de cabeza o cuello?	☐ Sí	☐ No
Otra tratamiento de ortodoncia	☐ Sí	☐ No	Migrañas	☐ Sí	☐ No
El examen ortodoncia anterior	☐ Sí	☐ No	¿Hay una persona en su familia que tiene frenos para dientes?	☐ Sí	☐ No
Vértigo	☐ Sí	☐ No	Tinnitus (zumbido en los oídos)	☐ Sí	☐ No
Apnea del sueño	☐ Sí	☐ No			

Firma del doctor: _____ Fecha: _____