



American Association of Orthodontists<sup>®</sup>

My Life. My Smile. My Orthodontist.<sup>™</sup>



VALDERRAMA  
ORTHODONTICS

CONFIDENCIAL

## PACIENTE

Fecha \_\_\_\_\_  
 Apellido del paciente \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_  
 Tratamiento Sr. Sra. Srta. Dr. Otro \_\_\_\_\_ Prefiero que me llamen \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo  Masculino  Femenino N.º de seguro social \_\_\_\_\_  
 Estado civil  Soltero/a  Casado/a  Separado/a  Divorciado/a  Viudo/a  
 Domicilio particular \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono particular ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono celular ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono laboral ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Dirección (direcciones) de correo electrónico \_\_\_\_\_  
 Ocupación \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

## FAMILIAR MÁS CERCANO

Nombre(s) del cónyuge o de los familiares más cercanos \_\_\_\_\_  
 Tratamiento Sr. Sra. Srta. Dr. Otro \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
 Domicilio (si es diferente del domicilio del paciente) \_\_\_\_\_  
 Teléfono particular (si es diferente) ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono celular ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Teléfono laboral ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## ODONTÓLOGO

Odontólogo del paciente \_\_\_\_\_ Dirección, Ciudad, Estado \_\_\_\_\_  
 Última visita \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_ Próxima cita \_\_\_\_\_  
 Otros odontólogos/especialistas odontológicos que esté visitando actualmente: Nombre \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado \_\_\_\_\_  
 Motivo \_\_\_\_\_

## MÉDICO

Médico del paciente \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado \_\_\_\_\_  
 Última visita \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_ Próxima cita \_\_\_\_\_  
 Examen físico más reciente \_\_\_\_\_  
 Otros médicos/proveedores de atención médica que esté visitando actualmente:  
 Nombre \_\_\_\_\_, Ciudad, Estado \_\_\_\_\_  
 Motivo \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_, Ciudad, Estado \_\_\_\_\_  
 Motivo \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN GENERAL

¿Qué le preocupa de sus dientes? \_\_\_\_\_  
¿Quién sugirió que podría necesitar tratamiento de ortodoncia? \_\_\_\_\_  
¿Por qué seleccionó nuestro consultorio? \_\_\_\_\_  
¿Ha tenido algún tratamiento de ortodoncia anterior? Describa por favor. \_\_\_\_\_  
¿Ha recibido tratamiento alguno de sus familiares en este consultorio? Indique sus nombres. \_\_\_\_\_  
¿Cree que alguna de sus actividades laborales o recreativas afecta sus dientes o su mandíbula? Explique por favor. \_\_\_\_\_

## RESPONSABILIDAD FINANCIERA

¿Quién es el responsable financiero de esta cuenta? \_\_\_\_\_  
Domicilio (si es diferente del mencionado en la página 1) \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_  
Teléfono particular ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono celular ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Dirección (direcciones) de correo electrónico \_\_\_\_\_  
N.º de seguro social \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

## SEGURO DENTAL

Nombre completo del titular primario de la póliza \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
N.º de seguro social \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
Domicilio y teléfono (si no se indicaron anteriormente) \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_  
Compañía de seguros \_\_\_\_\_ N.º de grupo \_\_\_\_\_ N.º de ID \_\_\_\_\_  
¿Tiene esta póliza beneficios de ortodoncia?  Sí  No  No sé

Nombre completo del titular secundario de la póliza \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
N.º de seguro social \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
Domicilio y teléfono (si no se indicaron anteriormente) \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_  
Compañía de seguros \_\_\_\_\_ N.º de grupo \_\_\_\_\_ N.º de ID \_\_\_\_\_  
¿Tiene esta póliza beneficios de ortodoncia?  Sí  No  No sé

## SEGURO MÉDICO

Nombre completo del titular de la póliza \_\_\_\_\_  
Compañía de seguros \_\_\_\_\_

**Sus respuestas solo son para los registros del consultorio y son confidenciales. Es fundamental tener antecedentes médicos minuciosos para completar una evaluación ortodóncica completa.**

Para las preguntas siguientes, marque Sí, No o No sé/No entiendo.

## ANTECEDENTES MÉDICOS

**Ahora o en el pasado, indique si ha tenido:**

- Sí No No sé/No entiendo
- Defectos de nacimiento o problemas hereditarios.
  - Fracturas o lesiones graves.
  - Cualquier herida en el rostro, la cabeza o el cuello.
  - Artritis o problemas en las articulaciones.
  - Problemas endocrinos o de tiroides.
  - Diabetes o bajo nivel de azúcar.
  - Problemas renales.
  - Cáncer, tumores, tratamiento de radiación o quimioterapia.
  - Úlcera estomacal, hiperacidez, reflujo ácido.
  - Problemas del sistema inmunitario.
  - Antecedentes de osteoporosis.
  - Gonorrea, sífilis, herpes, enfermedades de transmisión sexual.
  - SIDA o VIH positivo.
  - Hepatitis, ictericia u otros problemas hepáticos.
  - Polio, mononucleosis, tuberculosis, pulmonía.
  - Convulsiones, desvanecimientos, problemas neurológicos.
  - Perturbaciones mentales o depresión.
  - Problemas visuales, auditivos o del habla.
  - Antecedentes de trastornos alimenticios (anorexia, bulimia).
  - Hipertensión o hipotensión.
  - Sangrado excesivo o moretones, anemia.
  - Dolor en el pecho, falta de aliento, tobillos hinchados o se cansa fácilmente.
  - Defectos cardíacos, soplo cardíaco, enfermedad cardíaca reumática.
  - Angina, arteriosclerosis, accidente cerebrovascular o ataque cardíaco.
  - Trastorno de la piel (además del acné común).
  - Una dieta bien equilibrada.
  - Dolores de cabeza o migrañas frecuentes.
  - Resfríos e infecciones frecuentes en la garganta y los oídos.
  - Asma, problemas sinusales, fiebre del heno.
  - Afección en las amígdalas o las adenoides.
  - ¿Respira por la boca con frecuencia?

**¿Ha tenido alergias o reacciones a cualquiera de los siguientes elementos?**

- Sí No No sé/No entiendo
- Anestésicos locales (novocaína, lidocaína, xilocaína).
  - Látex (guantes, globos).
  - Aspirina.
  - Metales (joyas, broches a presión para la ropa).
  - Penicilina.
  - Otros antibióticos.
  - Ibuprofeno (Motrin, Advil).
  - Acrílicos.
  - Polen de las plantas.
  - Animales.
  - Alimentos.
  - Otras sustancias \_\_\_\_\_.

## ANTECEDENTES DENTALES

**Ahora o en el pasado, indique si ha tenido:**

- Sí No No sé/No entiendo
- Extracción de dientes permanentes o supernumerarios.
  - Dientes supernumerarios o faltantes de manera congénita.
  - Dientes primarios o permanentes rotos o dañados.
  - Dientes sensibles o adoloridos.
  - Encías sangrantes, gusto desagradable u olor en la boca.
  - Fracturas, quistes o infecciones en la mandíbula.
  - Tratamientos de conducto o pulpotomías en alguno de los dientes.
  - "Flemones dentarios", llagas gangrenosas frecuentes o herpes labial.
  - Antecedentes de problemas del habla o tratamientos para el habla.
  - Dificultades para respirar por la nariz.
  - Acumulación anormal de alimentos entre los dientes.
  - El hábito de respirar por la boca o roncar de noche.
  - Hábitos orales frecuentes (chuparse el dedo, masticar el bolígrafo, etc.).
  - Dientes que provocan irritación en los labios, las mejillas o las encías.
  - Anormalidades al tragar anormal (protusión de la lengua).
  - Dientes que rechinan o se tensionan.
  - Chasquidos o bloqueo en las articulaciones de la mandíbula.
  - Dolor en los músculos de la mandíbula o del rostro.
  - Zumbidos en los oídos, dificultad para masticar o abrir la mandíbula.
  - Tratamiento por problemas o disfunciones de la articulación temporomandibular.
  - Alguna tapadura (empaste) rota o perdida.
  - Algún problema grave asociado con un tratamiento odontológico anterior.
  - Un diagnóstico de enfermedad de las encías o piorrea.
  - Una consulta o un tratamiento de ortodoncia antes de ahora.

## INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

Incluya cualquier medicamento, suplemento nutricional, medicamento a base de hierbas o medicamento de venta libre que tome.

Medicamento \_\_\_\_\_ Tomado para \_\_\_\_\_

Medicamento \_\_\_\_\_ Tomado para \_\_\_\_\_

Medicamento \_\_\_\_\_ Tomado para \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tomado algún medicamento para fortalecer sus huesos? Describa por favor. \_\_\_\_\_

¿Toma antibióticos antes de cualquier procedimiento odontológico? \_\_\_\_\_

¿Tiene o alguna vez ha tenido un problema de drogadicción? \_\_\_\_\_

¿Masca o fuma tabaco? \_\_\_\_\_

¿Ha advertido algún cambio en su rostro o mandíbula? \_\_\_\_\_

¿Otros problemas físicos? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia se cepilla? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? \_\_\_\_\_

Mujeres: ¿Está embarazada?  Sí  No

¿Está intentando quedar embarazada?  Sí  No

## ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

¿Alguna vez sus padres o hermanos tuvieron alguno de los siguientes problemas de salud? Si es así, explique. \_\_\_\_\_

Trastornos hemorrágicos \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_

Artritis \_\_\_\_\_ Alergias graves \_\_\_\_\_

Problemas odontológicos poco comunes \_\_\_\_\_ Desequilibrio en el tamaño de la mandíbula \_\_\_\_\_

¿Otras afecciones médicas familiares? \_\_\_\_\_

## DIVULGACIÓN Y EXENCIÓN

**Autorizo la divulgación de cualquier información con respecto a mi tratamiento de ortodoncia a mi compañía de seguro médico y/o dental.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**He leído las preguntas antes mencionadas y las entiendo. No haré responsable a mi ortodoncista ni a ningún miembro de su personal de cualquier error u omisión que haya realizado al completar este formulario. Notificaré a mi ortodoncista sobre cualquier cambio en mi salud médica u odontológica**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## ACTUALIZACIONES O CAMBIOS EN LOS ANTECEDENTES MÉDICOS

Cambios \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del personal de odontología \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Cambios \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del personal de odontología \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Cambios \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del personal de odontología \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_