



PACIENTE

Form fields for patient information: Fecha, Apellido del paciente, Nombre, Segundo nombre, Prefiere ser llamado, Pasatiempos, actividades, Fecha de nacimiento, Sexo, N.º de seguro social, Escuela, Grado, Dirección (direcciones) de correo electrónico, Domicilio particular, Ciudad, Estado, Código postal, Teléfono particular, Teléfono celular.

PADRE/MADRE/TUTOR

Form fields for parent/guardian information: Nombre(s) de padre(s) de custodia, El paciente vive con (marque todo lo que corresponda), Nombre completo del padre, Tratamiento, Ocupación, Dirección de correo electrónico, Domicilio (si es diferente), Teléfono particular (si es diferente), Teléfono celular, Teléfono laboral, Nombre completo de la madre, Tratamiento, Ocupación, Dirección de correo electrónico, Domicilio (si es diferente), Teléfono particular (si es diferente), Teléfono celular, Teléfono laboral.

ODONTÓLOGO

Form fields for dentist information: Odontólogo del paciente, Dirección, Ciudad, Estado, Última visita, Motivo, Próxima cita, Otros odontólogos/especialistas odontológicos que esté visitando actualmente: Nombre, Ciudad, Estado, Motivo.

INFORMACIÓN GENERAL

Form fields for general information: ¿Qué le preocupa de los dientes de su hijo?, ¿Qué le preocupa a su hijo de sus dientes?, ¿Cómo se siente su hijo sobre el tratamiento de ortodoncia?, ¿Quién sugirió que su hijo podría necesitar tratamiento de ortodoncia?, ¿Por qué seleccionó nuestro consultorio?, Describa algún tratamiento o alguna consulta de ortodoncia anteriores, ¿Toca su hijo un instrumento musical?

Nombre del hermano/hermana \_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_ que tuvo tratamiento de ortodoncia  Sí  No Si la respuesta es Sí, ¿dónde?  
Nombre del hermano/hermana \_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_ que tuvo tratamiento de ortodoncia  Sí  No Si la respuesta es Sí, ¿dónde?  
Nombre del hermano/hermana \_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_ que tuvo tratamiento de ortodoncia  Sí  No Si la respuesta es Sí, ¿dónde?  
Nombre del hermano/hermana \_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_ que tuvo tratamiento de ortodoncia  Sí  No Si la respuesta es Sí, ¿dónde?  
¿Ha recibido tratamiento alguno de sus familiares en este consultorio? Indique sus nombres. \_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_  
¿Quién será responsable de traer al paciente a las citas de ortodoncia? \_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_

**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 su hijo 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.
- Cáncer, tumores, tratamiento de radiación o quimioterapia.
- Problemas endocrinos o de tiroides.
- Diabetes o bajo nivel de azúcar.
- Problemas renales.
- 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.
- Antecedentes de trastornos alimenticios (anorexia, bulimia).
- Dolores de cabeza o migrañas frecuentes.
- 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).
- ¿Tiene su hijo una dieta bien equilibrada?
- Problemas visuales, auditivos o del habla.
- Resfríos e infecciones frecuentes en la garganta y los oídos.
- Asma, problemas sinusales, fiebre del heno.
- Afección en las amígdalas o las adenoides.
- ¿Respira su hijo por la boca con frecuencia?
- ¿Ha tomado su hijo alguna vez bisfosfonatos como Zometa (ácido zoledrónico, Aredia (pamidronato) o Didronel (etidronato) para trastornos óseos o cáncer de huesos?
- ¿Ha tomado su hijo alguna vez bisfosfonatos como Fosamax (alendronato), Actonel (ridendronato), Boniva (ibandronato), Skelid (tiludronato) o Didronel (etidronato) para trastornos óseos?

**¿Ha tenido su hijo alergias o reacciones a alguno de los siguientes elementos?**

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

## ANTECEDENTES DENTALES

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

- Sí No No sé/No entiendo
- Dientes que le salieron muy temprano o muy tarde.
- Extracción de dientes primarios (de bebé) que no estaban flojos.
- Extracción de dientes permanentes o supernumerarios.
- Dientes supernumerarios o faltantes de manera congénita.
- Dientes primarios o permanentes rotos o dañados.
- Dientes sensibles o adoloridos.
- Alguna tapadura (empaste) rota o perdida.
- Fracturas, quistes o infecciones en la mandíbula.
- Tratamientos de conducto o pulpotomías en alguno de los dientes.
- Llagas gangrenosas frecuentes o herpes labial.
- Antecedentes de problemas del habla o tratamientos para el habla.
- Dificultades para respirar por la nariz.
- El hábito de respirar por la boca o roncar de noche.
- Antecedentes de problemas del habla.
- Hábitos orales frecuentes (chuparse el dedo, masticar el bolígrafo, etc.).
- Dientes que provocan irritación en los labios, las mejillas o las encías.
- 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.
- Tratamiento por problemas o disfunciones en 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.



## INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

¿Cree que alguna de las actividades de su hijo afecta su rostro, sus dientes o su mandíbula? ¿Cómo? \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

¿Tiene (o alguna vez ha tenido) su hijo un problema de drogadicción? \_\_\_\_\_

¿Masca o fuma tabaco su hijo? \_\_\_\_\_

¿Ha advertido algún cambio poco común en el rostro o la mandíbula de su hijo? \_\_\_\_\_

¿Otros problemas físicos? \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

¿Alguna vez los 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? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia se cepilla su hijo? \_\_\_\_\_ ¿Hilo dental? \_\_\_\_\_

## DIVULGACIÓN Y EXENCIÓN

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

Firma del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ 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 de cualquier cambio en la salud médica u odontológica de mi hijo.**

Firma del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## ACTUALIZACIONES O CAMBIOS EN LOS ANTECEDENTES MÉDICOS

Cambios \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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

Cambios \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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

Cambios \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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