



Formulario de antecedentes médicos/odontológicos para pacientes adultos

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 _____