

**INFORMACIÓN PERSONAL**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS**

¿Está tomando algún medicamento? (con o sin prescripción)  Sí  No Si respondió sí, escríbalos: \_\_\_\_\_  
 ¿Está tomando o han tomado medicamentos para la osteoporosis y otros trastornos óseos? (e.g. bisphosphonates)?  Sí  No Si respondió sí, escríbalos: \_\_\_\_\_

**ALERGIAS**

¿Tiene alergia o ha tenido una mala reacción a alguno de los siguientes?  
 Látex  Metálico/Niquel  Medicamentos: \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_

**CONDICIONES**

¿Estás recibiendo tratamiento médico?  Sí  No Si respondió sí, explique: \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene algún problema de salud?  Sí  No Si respondió sí, explique: \_\_\_\_\_  
 ¿Le han extirpado las amígdalas o los adenoides?  Sí  No Si respondió sí, cuando? \_\_\_\_\_  
 ¿Lo usas tabaco/vapeo?  Diario  Semanalmente  Mensual  Nunca  
 ¿Lo usas marihuana?  Diario  Semanalmente  Mensual  Nunca

**Por favor, marque todo lo siguiente que corresponda:**

- |  |  |   |   |   |
|--|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Soplo del corazón   | <input type="checkbox"/> Enfermedad de sangre        | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado  | <input type="checkbox"/> Trastornos del crecimiento   | <input type="checkbox"/> Articulaciones         |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de corazón  | <input type="checkbox"/> Desordenes endocrinos       | <input type="checkbox"/> /Hepatitis             | <input type="checkbox"/> Frecuentes dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> artificiales           |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática    | <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo | <input type="checkbox"/> Tuberculosis           | <input type="checkbox"/> Cáncer                       | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón   |
| <input type="checkbox"/> Presión Alta        | <input type="checkbox"/> SIDA/VIH positivo           | <input type="checkbox"/> Bronquitis             | <input type="checkbox"/> Trastorno del déficit de     | <input type="checkbox"/> Embarazada             |
| <input type="checkbox"/> Sangrado prolongado | <input type="checkbox"/> Salpullido                  | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones | <input type="checkbox"/> Atención (TDA/TDAH)          | <input type="checkbox"/> ¿Fecha del nacimiento? |
| <input type="checkbox"/> Anemia              | <input type="checkbox"/> Diabetes                    | <input type="checkbox"/> Trastornos del hueso   | <input type="checkbox"/> Herpes                       | _____   |
| <input type="checkbox"/> Asma                | <input type="checkbox"/> Autismo/Asperger            | <input type="checkbox"/> Desmayos               | <input type="checkbox"/> Artritis/Reumatismo          |   |

**INFORMACIÓN DE CRECIMIENTO PARA PACIENTES MENORES DE 16 AÑOS**

El crecimiento puede ser un factor importante en la planificación del tratamiento. Sus respuestas nos ayudan con alternativas de tratamiento.  
 ¿El paciente ha llegado a la pubertad?  Sí  No  
 Niñas: ¿Empezó la menstruación?  Sí  No Si respondió sí, ¿cuando? \_\_\_\_ Niños: ¿Cambio de voz?  Sí  No Si respondió sí, ¿cuando? \_\_\_\_  
 ¿Crecimiento se ha completado?  Sí  No ¿Altura del papá? \_\_\_\_\_ ¿Altura del mamá? \_\_\_\_\_  
 ¿Hermanos o padres usaron tratamientos ortodónticos?  Sí  No

**INFORMACIÓN ADICIONAL QUE DEBERÍAMOS SABER (NERVIOSO, ANSIOSO, PROBLEMAS EMOCIONALES)?**

**HISTORIA DENTAL**

Nombre de su dentista actual: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuando fue su última cita?  Antes de 6 meses  6 meses a 1 año  1 – 2 años  Mas de 2 años  
 ¿Cuál es la razón de su visita? \_\_\_\_\_  
 Sí  No ¿Usted o su hijo se sienten incómodos con los dientes o la sonrisa?  
 Sí  No ¿Hay algún tratamiento pendiente para completar con su dentista?  
 Sí  No ¿Está ansioso por el tratamiento dental?  
 Sí  No ¿Ha tenido daños faciales o dentales? Explique: \_\_\_\_\_  
 Sí  No ¿Toca instrumento musical? ¿Cual? \_\_\_\_\_  
 Sí  No ¿Ha consultado con un ortodoncista anteriormente? ¿Con quien? \_\_\_\_\_  
 Sí  No ¿Se han extraído dientes (primarios o permanentes)? Explique: \_\_\_\_\_  
 Sí  No ¿Ha tenido tratamiento de ortodoncia antes? ¿Con quien? \_\_\_\_\_  
 Sí  No ¿Está satisfecho con el tratamiento anterior? Explique: \_\_\_\_\_  
 Sí  No ¿Hay antecedentes de chuparse los dedos? ¿Cuanto tiempo? \_\_\_\_\_  
 Sí  No ¿Tiene más dientes de lo normal o menos de lo normal? Explique: \_\_\_\_\_

**Por favor, marque todo lo siguiente que corresponda:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Apreta los dientes                      | <input type="checkbox"/> Dolor en la articulación de la mandíbula   | <input type="checkbox"/> Tratamiento periodontal de encías. |
| <input type="checkbox"/> Muele los dientes                       | <input type="checkbox"/> Ruido en la articulación de la mandíbula   | <input type="checkbox"/> Explique: _____                    |
| <input type="checkbox"/> Problema al masticar                    | <input type="checkbox"/> Sonido de estallido en la articulación de la mandíbula                                       | <input type="checkbox"/> ¿Problemas al hablar, qué sonidos? |
| <input type="checkbox"/> Dolor muscular en la cabeza y el cuello | <input type="checkbox"/> Ruido en los oídos   | _____   |
| <input type="checkbox"/> Dolor de la cabeza (Mas de lo normal)   | <input type="checkbox"/> Respiración por la boca: <input type="checkbox"/> Despierto <input type="checkbox"/> Dormido | <input type="checkbox"/> Apnea del Sueño                    |

**He leído y entiendo las preguntas anteriores. No responsabilizaré a mi ortodoncista ni a ningún miembro de su personal por ningún error o omisión que haya cometido al completar este formulario. Si hay algún cambio posterior a este registro de historial medica/dental, yo informaré a esta práctica.**

Firma de paciente: \_\_\_\_\_ Imprima de persona responsable(Si paciente es menor): \_\_\_\_\_

Firma de persona responsable(Si paciente es menor): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_