

DATOS DE PACIENTES ADULTOS

Fecha _____

Nombre completo del paciente _____
Apellido(s) Nombre Segundo nombreDirección de casa _____
Calle Ciudad Código

postal

Dirección postal _____
Calle Ciudad Código

postal

¿Cuánto tiempo lleva viviendo en esta dirección? _____ Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____

Dirección anterior (si ha vivido en su dirección actual por menos de 3 años) _____

Teléfono celular _____ Fecha de nacimiento _____ Núm. de seguro social _____

Dirección de correo electrónico _____ Estado civil: Soltero(a) __ Casado(a) __ Viudo(a) __ Separado(a) __

Divorciado(a) ____

Empleador _____ Ocupación _____ Cantidad de años laborando en esta
empresa _____

Nombre completo del cónyuge _____ Relación con el paciente _____

Empleador _____ Ocupación _____ Cantidad de años laborando en esta
empresa _____

Núm. de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono del trabajo _____

¿A quién podemos agradecer por recomendarlo a nuestro consultorio? _____

INFORMACIÓN SOBRE SU SEGURO MÉDICO DENTAL

Nombre del asegurado _____ Núm. de seguro social del asegurado _____

Compañía aseguradora _____ Núm. de grupo _____ Núm. local _____

Compañía aseguradora Dirección _____ Teléfono _____

¿Posee una cobertura doble? Sí _____ No _____ Si su respuesta es sí:

Nombre del asegurado _____ Núm. de seguro social del asegurado _____

Compañía aseguradora _____ Núm. de grupo _____ Núm. local _____

Compañía aseguradora Dirección _____ Teléfono _____

INFORMACIÓN EN CASO DE URGENCIA

Nombre del familiar más cercano que no vive con usted _____

Dirección completa _____
Calle Ciudad Código

postal

Teléfono _____

Estoy consciente de que podría ser necesario obtener reportes de mi historial crediticio.

Firma _____

Actualizaciones (indique la fecha y escriba sus iniciales) _____

HISTORIAL MÉDICO

Médico de cabecera _____ Fecha de la última consulta _____

Domicilio _____ Teléfono _____

Circule Sí o No (si su respuesta es Sí, especifique)

Sí No ¿Toma algún medicamento? _____
Sí No ¿Es alérgico a algún medicamento en particular? _____
Sí No ¿Padece de una enfermedad grave? _____
Sí No ¿Ha sido sometido a algún tipo de intervención quirúrgica? _____
Sí No ¿Ha estado en un accidente grave? _____
Sí No ¿Alguna vez ha fumado o masticado tabaco? _____
Sí No ¿Ha visitado a un médico en los últimos 12 meses? ¿Por qué? _____
Para mujeres solamente:
Sí No ¿Está embarazada? _____
Sí No ¿Ha empezado a menstruar? _____

Circule cualquiera de las siguientes enfermedades que haya padecido o padezca en la actualidad.

Hemorragias anormales/hemofilia	Diabetes	Hepatitis/problemas hepáticos	Pulmonía
Anemia	Mareo	Herpes	Hemorragias prolongadas
Artritis	Epilepsia	Hipertensión	Radioterapia/quimioterapia
Asma o fiebre de heno	Problemas gastrointestinales	VIH/SIDA	Fiebre reumática
Problemas de los huesos	Problemas del corazón	Problemas renales	Tuberculosis
Defectos cardíacos congénitos	Soplo en el corazón	Problemas neurológicos	Tumores o cáncer

¿Padece de alguna enfermedad que no hemos mencionado y que cree que debemos conocer? _____

HISTORIAL DENTAL

Dentista general _____ Fecha de su última consulta _____

¿Qué le preocupa más sobre sus dientes? _____

Sí No ¿Tiene algún dolor en los dientes? _____
Sí No ¿Alguna vez ha experimentado una reacción no favorable a un tipo de tratamiento odontológico? _____
Sí No ¿Le han extraído las muelas del juicio? _____
Sí No ¿Ha perdido o se ha fracturado algún diente? _____
Sí No ¿ha sufrido alguna lesión en rostro, la boca o los dientes? _____
Sí No ¿Hay alguna parte de su boca que sea sensible a los cambios de temperatura? ¿Dónde? _____
Sí No ¿Hay alguna parte de su boca que sea sensible a la presión? ¿Dónde? _____
Sí No ¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes? _____
Sí No ¿Tiene el hábito de chuparse el dedo o de lengua? _____
Sí No ¿Acostumbra respirar por la boca? _____
Sí No ¿Ha consultado a un ortodoncista en alguna ocasión? Si su respuesta es sí, indique el nombre del ortodoncista y la fecha de la consulta. _____
Sí No ¿Qué piensa sobre los tratamientos ortodónticos? _____
Sí No ¿Algún familiar se ha hecho tratamiento ortodóntico? _____
¿Estuvo satisfecho con los resultados? _____
Sí No ¿Siente alguna incomodidad en los dientes o maxilares cuando despierta por la mañana? _____
Sí No ¿Cuando abre o cierra la boca, siente que su mandíbula produce ruido? _____
Sí No ¿Se ha dado cuenta de que aprieta o rechina los dientes durante el día? _____
Sí No ¿Le han dicho que rechina los dientes? _____
Sí No ¿Padece de dolores de cabeza causados por la tensión? _____
Sí No ¿Ha experimentado zumbido de oídos crónico alguna vez? _____
Sí No ¿Está consciente de que algunas citas serán durante el horario de trabajo? _____

BENEFICIOS

Beneficios de la ortodoncia: estética, salud y funcionalidad. La ortodoncia es un servicio para mejorar la apariencia de los dientes, la funcionalidad general y la salud dental en general. Los dientes, las encías y los maxilares son estructuras corporales muy complejas y pueden no responder al tratamiento. No tener una buena higiene bucal, podría resultar en un deterioro de los dientes e inflamación de las encías. En casos aislados se han observado molestias en las articulaciones, así como un acortamiento en la longitud de las raíces de los dientes. Los dientes experimentan cambios durante toda la vida, y puede darse algún desplazamiento o cambios en los dientes después de concluido el tratamiento. He leído y entendido este párrafo. También estoy consciente de que mis estudios de diagnóstico y mi nombre pueden ser utilizados para fines educativos y promocionales. He respondido con sinceridad todas las preguntas anteriores y acepto informar a este consultorio sobre cualquier cambio en mi historial médico o dental. Además, autorizo al Dr. _____ a llevar a cabo una evaluación ortodóntica completa.

Firma: _____ Fecha: _____