

DATOS DE PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD

Fecha _____

Nombre completo del paciente _____
 Apellido(s) Nombre Segundo nombre

Dirección _____
 Calle Ciudad Código postal

Apodo _____ Fecha de nacimiento _____ Núm. de seguro social _____

Escuela _____ Deportes y pasatiempos _____

Nombre del padre o tutor _____

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

INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO DEL TRATAMIENTO

Nombre completo _____
 Apellido(s) Nombre Segundo nombre

Dirección física _____
 Calle Ciudad Código postal

Dirección postal _____
 Calle Ciudad Código postal

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

Teléfono celular u otro teléfono _____ Dirección de correo electrónico _____

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

Número de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el paciente _____

Empleador _____ Ocupación _____ Cantidad de años en ese lugar de trabajo _____

Nombre completo del cónyuge _____ Relación con el paciente _____

Empleador _____ Ocupación _____ Cantidad de años en ese lugar de trabajo _____

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

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 informes sobre mi historial crediticio.

Firma del encargado _____

Actualizaciones (indique la fecha y escriba sus iniciales) _____

HISTORIAL MÉDICO

Médico de cabecera _____ Fecha de la última consulta _____

Dirección _____ Teléfono _____

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

Sí No ¿El paciente está tomando algún medicamento? _____
Sí No ¿El paciente es alérgico a algún medicamento? _____
Sí No ¿Tiene antecedentes de alguna enfermedad grave? _____
Sí No ¿El paciente ha sido sometido a algún tipo de intervención quirúrgica? _____
Sí No ¿Ha estado en un accidente grave? _____
Sí No ¿Ha visitado a un médico de cabecera en los últimos 12 meses? ¿Por qué? _____
Para mujeres solamente:
Sí No ¿Ha empezado a menstruar? _____
Sí No ¿La paciente está embarazada? _____

Circule cualquiera de las siguientes enfermedades médicas que el paciente 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 médica que no hemos mencionado y que cree que debemos conocer? _____

HISTORIAL DENTAL

Dentista generalista _____ Fecha de su última consulta _____

¿Qué le preocupa más sobre sus dientes? _____

Sí No ¿El paciente tiene algún dolor en los dientes actualmente? _____
Sí No ¿Alguna vez ha experimentado una reacción no favorable ante cualquier tipo de tratamiento dental? _____
Sí No ¿El paciente ha perdido o se ha astillado algún diente? _____
Sí No ¿Ha sufrido lesiones en el rostro, la boca o los dientes? _____
Sí No ¿Hay alguna parte de su boca sensible a los cambios de temperatura? ¿Dónde? _____
Sí No ¿Hay alguna parte de su boca sensible a la presión? ¿Dónde? _____
Sí No ¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes? _____
Sí No ¿Acostumbra succionar su pulgar o mantener la lengua fuera de la boca? _____
Sí No ¿Respira por la boca? _____
Sí No ¿Ha consultado a un ortodoncista en alguna ocasión? Si su respuesta es sí, indique el nombre y la fecha. _____
Sí No ¿Qué piensa el paciente sobre los tratamientos ortodónticos? _____
Sí No ¿Algún familiar ha recibido tratamiento ortodóntico? _____
¿Estuvo satisfecho con los resultados? _____
Sí No ¿Siente alguna incomodidad en los dientes o en las mandíbulas cuando despierta por la mañana? _____
Sí No ¿Sus mandíbulas producen algún tipo de ruido? _____
Sí No ¿Se ha dado cuenta de que aprieta o rechina los dientes durante el día? _____
Sí No ¿Padece de dolores de cabeza causados por la tensión? _____
Sí No ¿El paciente ha experimentado zumbido de oídos crónico? _____
Sí No ¿El paciente necesita ayuda adicional para entender las instrucciones? _____
Sí No ¿El paciente es particularmente sensible o siente complejos cuando se trata de sus dientes? _____
Sí No ¿Qué estatura tienen los padres? Madre _____ Padre _____
Sí No ¿Se le ha informado que algunas citas serán durante el horario escolar? _____

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 ortodóntico. No practicar una buena higiene bucal, podría resultar en un deterioro de los dientes y una 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 expedientes 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 mis historiales médico o dental. Además, autorizo al Dr. _____ a llevar a cabo una evaluación ortodóntica completa.

Firma: _____ Fecha: _____