

**PACIENTE** 

## Formulario de antecedentes

## médicos/odontológicos para pacientes menores de 18 años My Life. My Smile. My Orthodontist.®

Fecha				
Apellido del paciente	Nombre	Segundo nombre		
Prefiere ser llamado		Pasatiempos, actividades		
Fecha de nacimiento Sexo ☐ Masculino		ro social		
Escuela Grado		irecciones) de correo electrónico		
Domicilio particular	Ciudad, Est	ado, Código postal		
Teléfono particular ( )	Teléfono celular (	)		
PADRE/MADRE/TUTOR				
Nombre(s) de padre(s) de custodia				
El paciente vive con (marque todo lo que corresponda)	re Padre Madrastra	Padrastro Abuelo/a(s) Otro		
Nombre completo del padre		Tratamiento:		
Ocupación		Dirección de correo electrónico		
Domicilio (si es diferente)				
Teléfono particular (si es diferente) (		) -		
Total of the part and that (or one direction) (	Teléfono laboral (	)		
	·	,———		
Nombre completo de la madre		Dr. Otro		
Ocupación	Dirección de correo electro	Śnico		
Domicilio (si es diferente)				
Teléfono particular (si es diferente) ( )	Teléfono celular (	)		
	Teléfono laboral (	)		
ODONTÓLOGO				
Odontólogo del paciente	Dirección, Ciudad, Estado			
Ultima visita	Motivo	Próxima cita		
Otros odontólogos/especialistas odontológicos que esté visita	ando actualmente: Nombre	Ciudad, Estado		
Motivo				
INFORMACIÓN GENERAL				
¿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 orto				
¿Por qué seleccionó nuestro consultorio?				
Describa algún tratamiento o alguna consulta de ortodoncia a				
¿Toca su hijo un instrumento musical?				

Nombre del hermano/hermana	_ edad	que tuvo tratamiento de ortod	doncia	□sr □	No Si la respuesta es Sí, ¿dónde?
Nombre del hermano/hermana	edad	_ que tuvo tratamiento de ortod	doncia	□ Sf □	No Si la respuesta es Sí, ¿dónde?
Nombre del hermano/hermana	_ edad	_ que tuvo tratamiento de ortod	doncia	□sr □	No Si la respuesta es Sí, ¿dónde?
Nombre del hermano/hermana	_ edad	_ que tuvo tratamiento de ortod	doncia	□sr □	No Si la respuesta es Sí, ¿dónde?
¿Ha recibido tratamiento alguno de sus familiares en e	ste consulto	orio? Indique sus nombres.			
RESPONSABILIDAD FINANCIERA					
¿Quién es el responsable financiero de esta cuenta?					
Domicilio (si es diferente del mencionado en la página 1)		Ciu	udad, Es	tado, Cóo	digo postal
Teléfono particular ( ) Teléfo	ono celular (	)			
Dirección (direcciones) de correo electrónico					
N.º de seguro social		Empleador			
¿Quién será responsable de traer al paciente a las cita	s de ortodo	ncia?			
SEGURO DENTAL					
Nombre completo del titular primario de la póliza			ا	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	i	N.° de grupo	ا	N.º de ID	
¿Tiene esta póliza beneficios de ortodoncia? $\square$ Sí $\square$	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		Cludad, Estado			
Ultima visita		Motivo			Próxima cita
Examen físico más reclente					
Otros médicos/proveedores de atención médica qui	e esté visit	ando actualmente:			
Nombre		Cludad, Estado			
Motivo					
Nombre		Cludad, 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. ¿Ha tenido su hijo alergias o reacciones a alguno de los siguientes ANTECEDENTES MÉDICOS Ahora o en el pasado, indique si su hijo ha tenido: No No sé/No entiendo Sí Sí No No sé/No entiendo Anestésicos locales (novocaína, lidocaína, xilocaína). Defectos de nacimiento o problemas hereditarios. ☐ ☐ Látex (guantes, globos). ☐ ☐ Fracturas o lesiones graves. ☐ ☐ ☐ Aspirina. ☐ ☐ Cualquier herida en el rostro, la cabeza o el cuello. ☐ ☐ Ibuprofeno (Motrin, Advil). Artritis o problemas en las articulaciones. ☐ ☐ Penicilina. Cáncer, tumores, tratamiento de radiación o quimioterapia. □ □ □ Otros antibióticos. ☐ ☐ Problemas endocrinos o de tiroides. ☐ ☐ Metales (joyas, broches a presión para la ropa). ☐ ☐ Diabetes o bajo nivel de azúcar. ☐ ☐ ☐ Acrílicos. ☐ ☐ Problemas renales. ☐ ☐ Polen de las plantas. ☐ ☐ Problemas del sistema inmunitario. ☐ ☐ ☐ Animales. □ □ □ Antecedentes de osteoporosis. ☐ ☐ ☐ Alimentos. ☐ ☐ Gonorrea, sífilis, herpes, enfermedades de transmisión □ □ □ Otras sustancias sexual. ☐ ☐ SIDA o VIH positivo. ANTECEDENTES DENTALES ☐ ☐ Hepatitis, ictericia u otros problemas hepáticos. Ahora o en el pasado, indique si su hijo ha tenido: ☐ ☐ Polio, mononucleosis, tuberculosis, pulmonía. No No sé/No entiendo ☐ ☐ Convulsiones, desvanecimientos, problemas neurológicos. Dientes que le salieron muy temprano o muy tarde. ☐ ☐ Perturbaciones mentales o depresión. ☐ Extracción de dientes primarios (de bebé) que no estaban flojos. ☐ ☐ Antecedentes de trastomos alimenticios (anorexia, bulimia). ☐ ☐ Extracción de dientes permanentes o supernumerarios. □ □ □ Dolores de cabeza o migrañas frecuentes. □ □ □ Dientes supernumerarios o faltantes de manera congénita. ☐ ☐ Hipertensión o hipotensión. □ □ □ Dientes primarios o permanentes rotos o dañados. ☐ ☐ ☐ Sangrado excesivo o moretones, anemia. ☐ ☐ Dientes sensibles o adoloridos. ☐ ☐ Dolor en el pecho, falta de aliento, tobillos hinchados o se cansa fácilmente. ☐ ☐ Alguna tapadura (empaste) rota o perdida. ☐ ☐ Defectos cardíacos, soplo cardíaco, enfermedad cardíaca ☐ ☐ Fracturas, quistes o infecciones en la mandíbula. reumática. ☐ ☐ Tratamientos de conducto o pulpotomías en alguno de los ☐ ☐ Angina, arteriosclerosis, accidente cerebrovascular o ataque dientes. cardíaco. ☐ ☐ ☐ Liagas gangrenosas frecuentes o herpes labial. ☐ ☐ Trastorno de la piel (además del acné común). ☐ ☐ Antecedentes de problemas del habla o tratamientos para el ☐ ☐ ¿Tiene su hijo una dieta bien equilibrada? ☐ ☐ Problemas visuales, auditivos o del habla. Dificultades para respirar por la nariz. Resfríos e infecciones frecuentes en la garganta y los oídos. □ □ □ El hábito de respirar por la boca o roncar de noche. ☐ ☐ Asma, problemas sinusales, fiebre del heno. □ □ □ Antecedentes de problemas del habla. ☐ ☐ ☐ Afección en las amígdalas o las adenoides. ☐ ☐ Hábitos orales frecuentes (chuparse el dedo, masticar el boligrafo, etc.). ☐ ☐ ¿Respira su hijo por la boca con frecuencia? ☐ ☐ Dientes que provocan irritación en los labios, las mejillas o ☐ ☐ ☐ ¿Ha tomado su hijo alguna vez bisfosfonatos las enclas. como Zometa (ácido zoledrónico, Aredia (pamidronato) o Didronel (etidronato) para trastomos óseos o cáncer de □ □ □ Dientes que rechinan o se tensionan. huesos? ☐ ☐ Chasquidos o bloqueo en las articulaciones de la mandíbula. ¿Ha tomado su hijo alguna vez bisfosfonatos como □ □ □ Dolor en los músculos de la mandíbula o del rostro. Fosamax (alendronato), Actonel (ridendronato), Boniva (ibandronato), Skelid (tiludronato) o Didronel (etidronato) ☐ ☐ Tratamiento por problemas o disfunciones en la articulación para trastornos óseos? temperomandibular. ☐ ☐ Alguna tapadura (empaste) rota o perdida.

☐ ☐ Algún problema grave asociado con un tratamiento

Un diagnóstico de enfermedad de las encías o piorrea.

odontológico anterior.

## INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

¿Cree que alguna de las actividades de su hijo afecta	a su rostro, sus dientes o su mandíbula? ¿Cómo?	
Incluya cualquier medicamento, suplemento nutricion	al, medicamento a base de hierbas o medicamen	to de venta libre que tome su hijo.
Medicamento	Tomado para	
Medicamento	Tomado para	
Medicamento	Tomado para	
¿Toma su hijo antibióticos antes de cualquier procedi	miento odontológico?	
¿Tiene (o alguna vez ha tenido) su hijo un problema d	le 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 familiai	RES	
¿Alguna vez los padres o hermanos tuvieron alguno d	le los siguientes problemas de salud? Si es así, e	xplique.
Trastornos hemorrágicos	Diabetes	
Artritis	Alergias graves	
Problemas odontológicos poco comunes	<u> </u>	ndíbula
¿Otras afecciones médicas familiares?		
¿Con qué frecuencia se cepilla su hijo?	¿Hilo dental?	
DIVULGACIÓN Y EXENCIÓN		
Autorizo la divulgación de cualquier información cor	n respecto al tratamiento de ortodoncia de mi hi	jo a mi compañía de seguro médico y/o dental.
Firma del padre/madre/tutor		Fecha
He leído las preguntas antes mencionadas y las ent error u omisión que haya realizado al completar est 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

© American Association of Orthodontists 2015