



## BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA

FORMULARIO DE HISTORIA MEDICA DENTAL  
ADULTO

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
ULTIMO PRIMERO SEGUNDODirección: \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Email del paciente (correo electrónico): \_\_\_\_\_

Email de la persona responsable (correo electrónico): \_\_\_\_\_

Método del recordatorio de la cita:  Email  Texto: (\_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ /servicio de teléfono: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE

Nombre: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
ULTIMO PRIMERO SEGUNDODirección de casas: \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTALDirección postal: \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

¿Cuánto tiempo vivido en esta dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Dirección anterior (Si menos de 3 años): \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Años empleado: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Nombre del esposo(a): \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Empleador del esposo(a): \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Años empleado: \_\_\_\_\_

Seguro Social del esposo(a) #: \_\_\_\_\_ del esposo(a) Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # del seguro social del asegurado: \_\_\_\_\_

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_

Grupo #: \_\_\_\_\_ No. Local: \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía del seguro: \_\_\_\_\_

¿Tiene cobertura doble:  Sí  No En caso afirmativo, continuar:

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # del seguro social del asegurado: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ No. Local: \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía del seguro: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE EMERGENCIA

Nombre del familiar más cercano que no viva con usted: \_\_\_\_\_

Dirección completa: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Entiendo que, en su caso, se pueden obtener informes de la oficina de crédito. Entiendo y acepto que soy responsable de pago. Yo certifico que esta información es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

**Para las siguientes preguntas marca sí, no, o no se / entiendo (no se). Las respuestas son para los registros de la oficina solamente y será considerada confidencial. Una historia clínica detallada y completa es vital para una evaluación de ortodoncia adecuada.**

#### Ahora o en el pasado, ha tenido:

- Sí  No  No se Defectos de nacimiento o problemas hereditarios?  
 Sí  No  No se Fracturas o accidentes graves?  
 Sí  No  No se Condiciones reumatoides o artríticos?  
 Sí  No  No se Problema de endocrino o tiroides?  
 Sí  No  No se Problemas renales?  
 Sí  No  No se Diabetes? En caso afirmativo, Tipo I o Tipo II?  
 Sí  No  No se Cáncer, tumor, la radioterapia o la quimioterapia?  
 Sí  No  No se Úlcera estomacal o acidez?  
 Sí  No  No se Polio, mononucleosis, la tuberculosis o la neumonía?  
 Sí  No  No se Los problemas del sistema inmunológico?  
 Sí  No  No se SIDA o VIH positivo?  
 Sí  No  No se Hepatitis, ictericia o problemas de hígado?  
 Sí  No  No se Desmayos, convulsiones, epilepsia o problemas neurológicos?  
 Sí  No  No se Alteración de la salud mental o de conducta?  
 Sí  No  No se Visión, oído, gusto o dificultades en el habla?  
 Sí  No  No se Pérdida de peso recientemente, falta de apetito?  
 Sí  No  No se Historia de trastorno de la alimentación (anorexia, bulimia)?  
 Sí  No  No se Sangrado excesivo, o tendencia a moretones, anemia o trastorno de sangre?  
 Sí  No  No se Alta o baja presión de la sangre?  
 Sí  No  No se Se cansa fácilmente?  
 Sí  No  No se Dolor en el pecho, falta de aliento o inflamación de tobillos?  
 Sí  No  No se Problema cardiovascular (enfermedad cardíaca, ataque cardíaco, angina de pecho, insuficiencia coronaria, arteriosclerosis, apoplejía, innata defectos cardíacos, soplo cardíaco o enfermedad cardíaca reumática)?  
 Sí  No  No se Trastorno de la piel?  
 Sí  No  No se Usted come una dieta equilibrada?  
 Sí  No  No se Frecuentes dolores de cabeza, resfríos o dolores de garganta?  
 Sí  No  No se Condición de los ojos, los oídos o la garganta?  
 Sí  No  No se Condición de amígdalas o adenoides?  
 Sí  No  No se Fiebre del heno, el asma, la sinusitis?  
 Sí  No  No se Osteoporosis?

#### Las alergias o reacciones a cualquiera de los siguientes:

- Sí  No  No se Látex (guantes, globos)  
 Sí  No  No se Metales (joyas, ropa de encaje)  
 Sí  No  No se Anestésicos locales, como la lidocaína  
 Sí  No  No se Acrílico  
 Sí  No  No se Medicamentos (especifique) \_\_\_\_\_  
 Sí  No  No se Comidas (especifique) \_\_\_\_\_  
 Sí  No  No se otras sustancias (especificar) \_\_\_\_\_  
 Sí  No  No se Esta tomando medicamentos, suplementos nutricionales, medicamentos a base de hierbas medicadas o medicamentos sin receta? En caso afirmativo, nombre de ellos:  
Medicación \_\_\_\_\_ Tomado para \_\_\_\_\_  
Medicación \_\_\_\_\_ Tomado para \_\_\_\_\_  
 Sí  No  No se Actualmente tiene o alguna vez ha tenido un problema de abuso de sustancias?  
 Sí  No  No se Usted fuma o mastica tabaco?  
 Sí  No  No se Operaciones? Describa: \_\_\_\_\_  
 Sí  No  No se Hospitalizados? Razon: \_\_\_\_\_  
 Sí  No  No se Estas en tratamiento con otro profesional de cuidado de la salud? En caso afirmativo, para: \_\_\_\_\_  
 Sí  No  No se Otros problemas físicos o síntomas? Describa: \_\_\_\_\_

¿Hay alguna otra condición médica (incluyendo las condiciones médicas de la familia) que debemos tener en cuenta? \_\_\_\_\_

¿Quién le podemos agradecer por referir a usted nuestra oficina:

Nombre del dentista general: \_\_\_\_\_

#### Ahora o en el pasado, ha tenido:

- Sí  No  No se Extrajeron dientes permanentes o "extra" (supernumerarios)?  
 Sí  No  No se Supernumerario (extra) o ausencia congénita de dientes?  
 Sí  No  No se Astillado o víctimas de otros traumas de dientes de leche o dientes permanentes?  
 Sí  No  No se Dientes sensibles al calor o al frío, la latido o al dolor?  
 Sí  No  No se Fracturas de mandíbula, quistes o infecciones bucales?  
 Sí  No  No se "Dientes muertos" o tratamiento de endodoncia?  
 Sí  No  No se Encías sangrantes, mal sabor de boca o mal aliento?  
 Sí  No  No se Periodontales "problemas en las encías"?  
 Sí  No  No se Impactación de alimentos entre los dientes?  
 Sí  No  No se Inflamación de las encías, úlceras bucales frecuentes o el herpes labial?  
 Sí  No  No se ¿Hábito de chupar dedos? ¿Hasta qué edad? \_\_\_\_\_  
 Sí  No  No se Hábito de deglución anómala (sacar la lengua)?  
 Sí  No  No se Historia de problemas del hablar?  
 Sí  No  No se Hábito de respiración de boca, el ronquido o la dificultad para respirar?  
 Sí  No  No se Rechinamiento de dientes, clic o bloqueo de la mandíbula?  
 Sí  No  No se Cualquier dolor en la mandíbula o zumbido en los oídos?  
 Sí  No  No se Cualquier dolor o malestar en los músculos de la cara o alrededor de los oídos?  
 Sí  No  No se Dificultad encontrada en la apertura al masticar o la mandíbula?  
 Sí  No  No se ¿Alguna vez han tratado por problemas de "ATM" o "TMD"?  
 Sí  No  No se Consciente de restauraciones sueltas, rotas o faltantes (empastes)?  
 Sí  No  No se Dientes irritando la mejilla, los labios, la lengua o el paladar?  
 Sí  No  No se Preocupado por espacios en los dientes torcidos o que sobresalen?  
 Sí  No  No se Consciente o preocupado por mandíbula subdesarrollada o superdesarrollada?  
 Sí  No  No se Cualquier pariente con relaciones similares de dientes o mandíbula?  
 Sí  No  No se Cualquier problema con la muela del juicio?  
 Sí  No  No se Ha tenido tratamiento periodontal (de las encías)?  
 Sí  No  No se Tenido problemas serios asociados con cualquier anterior tratamiento dental?  
 Sí  No  No se Ha tenido alguna vez un examen de ortodoncia previa o tratamiento?  
 Sí  No  No se Has estado bajo el cuidado de otro dentista?  
 Sí  No  No se Has estado bajo el cuidado de otro especialista dental?  
 Sí  No  No se Tendría objeción a usar aparatos de ortodoncia (frenos) en caso de que se indicarán?

#### Mujeres Solamente

- Sí  No  No se ¿Estás embarazada?  
 Sí  No  No se ¿Estás anticipando embaraze?