

Forma de la historia de la salud

Información biográfica del paciente			
Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	
Apodo:	Fecha de nacimiento:	Género:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono principal:	Teléfono alternativo o celular:	Dirección electrónica-Email:	
Número de Seguro Social:			
Por favor liste los nombres de familiares o amigos que actualmente sean pacientes de este consultorio.			
Díganos si practica algún deporte, cuales son sus actividades favoritas, o si toca algún instrumento:			
¿A quien le debemos agradecer el habernos referido a usted como paciente?			

Información del responsable financier			
Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	
Dirección:	Ciudad:	Estado	Código Postal:
Teléfono principal:	Teléfono alternativo o celular:	Dirección electrónica-Email:	
Fecha de nacimiento:	Relación con el paciente:	Empleador:	
Número de Seguro Social:			
Ocupación:	Tiempo en ese empleo:	Teléfono del trabajo:	
¿Tiene usted seguro médico que cubra ortodoncia? Sí No	Si tiene, por favor indique abajo el nombre de la compañía de seguro:		

Historia dental			
Nombre del dentista:			
Con que frecuencia tiene chequeo con el dentista:		Fecha del último chequeo:	
¿Ha tenido alguna consulta o tratamiento de Ortodoncia? Sí No		Si ha tenido, indique cuando:	
¿Cuál es la razón principal por la que solicitó una consulta con un Ortodoncista?			
¿Problema del lenguaje / terapia?	Sí No	¿Se lava los dientes diariamente?	Sí No
¿Rechina o aprieta los dientes?	Sí No	¿Usa hilo dental?	Sí No
Hábitos orales -¿Se chupa el dedo, se come las uñas o se muerde los labios?	Sí No	¿Se ha hecho tratamiento de flúor?	Sí No
¿Lesión en la cara, mandíbula, dientes o boca?	Sí No	¿Respira por la boca?	Sí No
¿Molestia en los dientes o encías?	Sí No	¿Ronca cuando duerme?	Sí No
¿Dolor, sensibilidad o ruido en la mandíbula?	Sí No	¿Requiere premedicación?	Sí No
¿Dolores frecuentes de cabeza?	Sí No	¿Le falta algún diente o tiene un diente permanente extra?	Sí No
¿Dolor del cuello u hombros?	Sí No	¿Es usted aprensivo con respecto al cuidado dental?	Sí No
¿Dolores de garganta frecuentes?	Sí No	¿Mastica chicle con frecuencia?	Sí No
Si contesto "Sí" a cualquiera de las preguntas listadas arriba, por favor explique:			

Historia Médica			
Nombre de médico:		Fecha de su último examen físico:	Salud del Paciente:
Dirección:		Ciudad:	Estado:
			Código Postal:
Enumere las medicinas que el paciente esté tomando:			
Enumere las medicinas a las que el paciente sea alérgico o sensible.			
Fiebre reumática		Sí No	Cáncer
Tuberculosis / enfermedad de los pulmones		Sí No	¿Antecedentes de Cáncer en la familia?
Pulmonía		Sí No	¿Ha recibido radioterapia?
Enfermedad del Hígado		Sí No	Problemas de crecimiento
Enfermedad del riñón		Sí No	Problemas endocrinos
Infarto/ Embolia		Sí No	Terapia de hormonas
Enfermedad del corazón		Sí No	Alergia al Látex o al Metal
Cardiopatía congénita		Sí No	Trastornos nerviosos
Soplo cardíaco		Sí No	Trastornos en los huesos / Perdida de hues
Hemofilia		Sí No	Diabetes
Hipertensión / presión arterial alta		Sí No	Convulsiones / Epilepsia
Sangramiento prolongado/ Transfusiones		Sí No	Impedimentos / Incapacidades
Anemia		Sí No	Asma
VIH/SIDA		Sí No	Artritis
Hepatitis		Sí No	Tratamiento por problemas emocionales
Amígdalas / Adenoides Extraídas		Sí No	Ha estado hospitalizado
Si es un de los sobre preguntas médicas fueron contestados 'Sí', explican por favor:			

Pacientes menores de 18 años			
Por favor liste el nombre y la fecha de nacimiento de sus hermanos			
Altura:	Peso:	Escuela:	Grado escolar:
Nombre del padre/ Representante 1		Nombre de la Madre/ Representante 2	
¿El paciente ha comenzado la pubertad?		Sí No	
Si el paciente es una niña: ¿Ha ya comenzado a menstruar?		Sí No	
Si el paciente es un varón: ¿Ha ya comenzado a cambiar la voz o comenzado a tener bellos en la cara?		Sí No	
¿El paciente ha crecido en comparación al año pasado o su talla de zapato ha cambiado recientemente?		Sí No	
¿Que tan interesado está el paciente en el tratamiento?			
¿Alguno de los padres biológicos ha tenido tratamiento de ortodoncia?		Sí No	

Firma: _____ Fecha: _____