SPANISH ADULT HEALTH HISTORY

Formulario de antecedentes médicos/odontológicos para pacientes adultos

1. Paciente Fecha Apellido Nombre Segundo Nombre Fecha de nacimiento: Tratamiento: □ Sr. □ Sra ☐ . Srta. ☐ Dr. □ Otro Prefiere ser llamado: Sexo: N.° de seguro social: Estado civil: Domicilio particular: Estado Dirección (direcciones) de correo electrónico: Ciudad Codigo Postal Teléfono particular: Teléfono celular: Teléfono laboral: Dirección (direcciones) de correo Ocupación: electrónico: Empleador: Odontólogo 2. Odontólogo del paciente (si no tienes uno Dirección, Ciudad, Estado: Ultima visita: escribe "no"):

Otros odontólogos/especialistas odontológicos que esté visitando actualmente

Próxima cita:

Motivo:

Nombre:	Ciudad, Estado:	Motivo:
-	-	-
MEDICO		
3. Médico del paciente:	Dirección, Ciudad, Estado:	Ultima visita: -
4 . Otros médicos/proveedore actualmente:	es de atención médica que	esté visitando
Nombre	Ciudad, Estado	Motivo
-	-	-
Nombre -	Ciudad, Estado	Motivo
Información general		
5. ¿Qué le preocupa de los dientes de su hijo?	6. ¿Donde escucho de nuestro consultorio?	7. ¿Ha tenido algún tratamiento de ortodoncia anterior? Describa por favor.
-	-	-
8. ¿Ha recibido tratamiento alguno de sus familiares en este consultorio? Indique sus nombres.		
-		
Responsabilidad financie	era	
9. ¿Quién es el responsable financiero de esta cuenta?	Domicilio (si es diferente del mencionado encima):	Ciudad, Estado, Código postal: -
Teléfono particular: -	Teléfono celular: -	Dirección (direcciones) de correo electrónico:
N.° de seguro social:	Empleador:	
-	-	
Seguro dental		
•		
10. Nombre completo del titular primario de la póliza:	Fecha de nacimiento:	N.° de seguro social:
-		
Relación con el paciente: -	Domicilio y teléfono (si no se indicaron anteriormente):	Empleador: -

Domicilio:	Compañía de seguros: -	N.° de grupo:
N.° de ID:	11. Nombre completo del titular secundario de la póliza:	Fecha de nacimiento: -
N.° de seguro social: -	Relación con el paciente: -	Domicilio y teléfono (si no se indicaron anteriormente):
Empleador:	Domicilio:	Compañía de seguros: -
N.° de grupo:	N.° de ID:	

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.

12 . Antecedentes médicos Ahora o en el pasado, indique si ha tenido:

Defectos de nacimiento o problemas hereditarios.	Fracturas o lesiones graves.	Cualquier herida en el rostro, la cabeza o el cuello. -
Artritis o problemas en las articulaciones.	Cáncer, tumores, tratamiento de radiación o quimioterapia.	Problemas endocrinos o de tiroides. -
Diabetes o bajo nivel de azúcar.	Problemas renales	Cáncer, tumores, tratamiento de radiación o quimioterapia.
Úlcera estomacal, hiperacidez, reflujo ácido. -	Problemas del sistema inmunitario. -	Antecedentes de osteoporosis.
Gonorrea, sífilis, herpes, enfermedades de transmisión sexual -	SIDA o VIH positivo.	Hepatitis, ictericia u otros problemas hepáticos. -
Polio, mononucleosis, tuberculosis, pulmonía.	Convulsiones, desvanecimientos, problemas neurológicos.	Perturbaciones mentales o depresión.
Antecedentes de trastornos alimenticios (anorexia, bulimia).	Dolores de cabeza o migrañas frecuentes.	Hipertensión o hipotensión. -
Sangrado excesivo o moretones, anemia.	Dolor en el pecho, falta de aliento, tobillos hinchados o se cansa fácilmente.	Defectos cardíacos, soplo cardíaco, enfermedad cardíaca reumática.

cerebrovascular o ataque cardíaco.	común).	una dieta bien equilibrada.
-	-	
Dolores de cabeza o migrañas frecuentes.	Resfríos e infecciones frecuentes en la garganta y los oídos. -	Asma, problemas sinusales, fiebre del heno.
Afección en las amígdalas o las adenoides.	¿Respira por la boca con frecuencia?	

14 .¿Ha tenido alergias o reacciones a cualquiera de los siguientes elementos?

Anestésicos locales (novocaína, lidocaína, xilocaína). -	Látex (guantes, globos). -	Aspirina. -
Ibuprofeno (Motrin, Advil). -	Penicilina. -	Otros antibióticos. -
Metales (joyas, broches a presión para la ropa).	Acrílicos.	Polen de las plantas. -
Animales.	Alimentos -	Otras sustancias -
Otras sustancias:		

14 . Antecedentes dentales Ahora o en el pasado, indique si ha tenido:

Extracción de dientes permanentes o supernumerarios.	Dientes supernumerarios o faltantes de manera congénita. -	Dientes primarios o permanentes rotos o dañados.
Dientes sensibles o adoloridos.	Encías sangrantes, gusto desagradable u olor en la boca. -	Fracturas, quistes o infecciones en la mandíbula -
Tratamientos de conducto o pulpotomías en alguno de los dientes.	"Flemones dentarios", llagas gangrenosas frecuentes o herpes labial.	Antecedentes de problemas del habla o tratamientos para el habla.
Dificultades para respirar por la nariz	Acumulación anormal de alimentos entre los dientes.	El hábito de respirar por la boca o roncar de noche.
Hábitos orales frecuentes (chuparse el dedo, masticar el bolígrafo, etc.).	Dientes que provocan irritación en los labios, las mejillas o las encías -	Anormalidades al tragar anormal (protusión de la lengua). -
Dientes que rechinan o se tensionan	Chasquidos o bloqueo en las articulaciones de la mandíbula. -	Dolor en los músculos de la mandíbula o del rostro. -

Zumbidos en los oídos, dificultad para masticar o abrir la mandíbula.	Tratamiento por problemas o disfunciones en la articulación temperomandibular.	Alguna tapadura (empaste) rota o perdida -
Algún problema grave asociado con un tratamiento odontológico anterior	Un diagnóstico de enfermedad de las encías o piorrea.	Una consulta o un tratamiento de ortodoncia antes de ahora.
-	-	-

Información de salud del paciente

15 . Incluya cualquier medicamento, suplemento nutricional, medicamento a base de hierbas o medicamento de venta libre que tome.

1. Medicamento	Tomado para -	2. Medicamento
Tomado para -	3. Medicamento	Tomado para
16. ¿Toma antibióticos antes de cualquier procedimiento odontológico?	17. ¿Masca o fuma tabaco? -	18. ¿Ha advertido algún cambio en su rostro o mandíbula?
19. ¿Otros problemas físicos?	20. ¿Con qué frecuencia se cepilla?	¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? -
Mujeres: ¿Está embarazada?		

Antecedentes médicos familiares

21. ¿Alguna vez sus padres o hermanos tuvieron alguno de los siguientes problemas de salud? Si es así, explique

Trastornos hemorrágicos:	Diabetes:	Artritis:
-	-	-
Alergias graves:	Problemas odontológicos poco comunes:	Problemas odontológicos poco comunes:
¿Otras afecciones médicas familiares?		

Divulgación y exención

Autorizo la divulgación de cualquier información con respecto al tratamiento de ortodoncia de mi hijo a mi compañía de seguro médico y/o dental.

Firma	(ESign)
Date	:

He leído las preguntas antes mencionadas y las entiendo. No haré responsable a mi ortodoncista ni a ningún miembro de su personal de cualquier error u omisión que haya realizado al completar este formulario. Notificaré a mi ortodoncista de cualquier cambio en la salud médica u odontológica de mi hijo.

Firma (ESign)
Date :