

SPANISH CHILD HEALTH HISTORY

Formulario de antecedentes médicos/odontológicos para pacientes menores de 18 años

1. Paciente

Fecha	Apellido	Nombre
-	-	-
Segundo Nombre	Fecha de nacimiento:	Prefiere ser llamado:
-	-	-
Sexo:	Grado:	Dirección (direcciones) de correo electrónico:
-	-	-
Teléfono particular:	Teléfono celular:	Domicilio particular:
-	-	-
Ciudad	Estado	Código Postal
-	-	-
Correo Electronico		
-		

Odontólogo

2. Odontólogo del paciente:	Dirección, Ciudad, Estado:	Última visita:
-	-	-
Motivo:	Próxima cita:	
-	-	

Otros odontólogos/especialistas odontológicos que esté visitando actualmente

Nombre:	Ciudad, Estado:
-	-

Información general

3. ¿Qué le preocupa de los dientes de su hijo?

-

4. ¿Dónde escucho de nuestro consultorio?

-

5. Describa algún tratamiento o alguna consulta de ortodoncia anteriores.

-

6. ¿Toca su hijo un instrumento musical?

-

7.

1. Nombre del hermano/hermana

-

edad

-

Edad Que tuvo tratamiento de ortodoncia

-

Si la respuesta es Sí, ¿dónde?

-

2. Nombre del hermano/hermana

-

edad

-

Que tuvo tratamiento de ortodoncia

-

Si la respuesta es Sí, ¿dónde?

-

3. Nombre del hermano/hermana

-

edad

-

Que tuvo tratamiento de ortodoncia

-

Si la respuesta es Sí, ¿dónde?

-

Responsabilidad financiera

8. ¿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.º de seguro social:

-

Empleador:

-

¿Quién será responsable de traer al paciente a las citas de ortodoncia?

-

Seguro dental

9. Nombre completo del titular primario 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? -	10. 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? -		

Médico

11. Médico del paciente: -	Ciudad, Estado: -	Última visita: -
-------------------------------	----------------------	---------------------

12 . Otros médicos/proveedores de atención médica que esté visitando actualmente:

1. Nombre: -	Ciudad, Estado -	Motivo -
2. Nombre: -	Ciudad, Estado -	Motivo -
3. Nombre: -	Ciudad, 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.

13 . 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 -	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. -	Angina, arteriosclerosis, accidente cerebrovascular o ataque cardíaco. -	Trastorno de la piel (además del acné común). -
¿Tiene su hijo una dieta bien equilibrada? -	Problemas visuales, auditivos o del habla -	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? -
¿Ha tomado su hijo alguna vez bisfosfonatos como Zometa (ácido zoledrónico, Aredia (pamidronato) o Didronel (etidronato) para trastornos óseos o cáncer de huesos? -	¿Ha tomado su hijo alguna vez bisfosfonatos como Fosamax (alendronato), Actonel (ridendronato), Boniva (ibandronato), Skelid (tiludronato) o Didronel (etidronato) para trastornos óseos? -	

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:

-

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

Dientes que le salieron muy temprano o muy tarde

-

Extracción de dientes primarios (de bebé) que no estaban flojos.

-

Extracción de dientes permanentes o supernumerarios.

-

Dientes supernumerarios o faltantes de manera congénita.

-

Dientes primarios o permanentes rotos o dañados.

-

Dientes sensibles o adoloridos.

-

Alguna tapadura (empaste) rota o perdida.

-

Fracturas, quistes o infecciones en la mandíbula

-

Tratamientos de conducto o pulpotomías en alguno de los dientes.

-

Llagas gangrenosas frecuentes o herpes labial.

-

Antecedentes de problemas del habla o tratamientos para el habla.

-

Dificultades para respirar por la nariz

-

El hábito de respirar por la boca o roncar de noche.

-

Antecedentes de problemas del habla

-

Hábitos orales frecuentes (chuparse el dedo, masticar el bolígrafo, etc.).

-

Dientes que provocan irritación en los labios, las mejillas o las encías

-

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.

-

Tratamiento por problemas o disfunciones en la articulación temporomandibular.

-

Alguna tapadura (empaste) rota o perdida

-

Algún problema grave asociado con un tratamiento odontológico anterior

-

Un diagnóstico de enfermedad de las encías o piorrea.

-

Información de salud del paciente

16. ¿Cree que alguna de las actividades de su hijo afecta su rostro, sus dientes o su mandíbula? ¿Cómo?

-

17 . 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

-

18. ¿Toma su hijo antibióticos antes de cualquier procedimiento odontológico?

-

19. ¿Ha advertido algún cambio poco común en el rostro o la mandíbula de su hijo?

-

20. ¿Otros problemas físicos?

-

21. ¿Con qué frecuencia se cepilla su hijo?

-

¿Hilo dental?

-

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 :