



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

PACIENTE

Fecha _____

Apellido del paciente _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Prefiere ser llamado _____ Pasatiempos, actividades _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo Masculino Femenino N.º de seguro social _____

Escuela _____ Grado _____ Dirección (direcciones) de correo electrónico _____

Domicilio particular _____ Ciudad, Estado, 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*) Madre Padre Madrastra Padrastro Abuelo/a(s) Otro _____

Nombre completo del padre _____ Tratamiento: Sr. Dr. Otro _____

Ocupación _____ Dirección de correo electrónico _____

Domicilio (*si es diferente*) _____

Teléfono particular (*si es diferente*) () _____ - _____ Teléfono celular () _____ - _____

Teléfono laboral () _____ - _____

Nombre completo de la madre _____ Tratamiento: Sra. Dr. Otro _____

Ocupación _____ Dirección de correo electrónico _____

Domicilio (*si es diferente*) _____

Teléfono particular (*si es diferente*) () _____ - _____ Teléfono celular () _____ - _____

Teléfono laboral () _____ - _____

ODONTÓLOGO

Odontólogo del paciente _____ Dirección, Ciudad, Estado _____

Última visita _____ Motivo _____ Próxima cita _____

Otros odontólogos/especialistas odontológicos que esté visitando 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 ortodoncia? _____

¿Por qué seleccionó nuestro consultorio? _____

Describa algún tratamiento o alguna consulta de ortodoncia anteriores. _____

¿Toca su hijo un instrumento musical? _____

Nombre del hermano/hermana _____ edad _____ que tuvo tratamiento de ortodoncia Sí No Si la respuesta es Sí, ¿dónde?
Nombre del hermano/hermana _____ edad _____ que tuvo tratamiento de ortodoncia Sí No Si la respuesta es Sí, ¿dónde?
Nombre del hermano/hermana _____ edad _____ que tuvo tratamiento de ortodoncia Sí No Si la respuesta es Sí, ¿dónde?
Nombre del hermano/hermana _____ edad _____ que tuvo tratamiento de ortodoncia Sí No Si la respuesta es Sí, ¿dónde?
¿Ha recibido tratamiento alguno de sus familiares en este consultorio? Indique sus nombres. _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

¿Quién es el responsable financiero de esta cuenta? _____

Domicilio (si es diferente del mencionado en la página 1) _____ 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

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? Sí 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 _____ Ciudad, Estado _____

Última visita _____ Motivo _____ Próxima cita _____

Examen físico más reciente _____

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

Nombre _____ Ciudad, Estado _____

Motivo _____

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.

ANTECEDENTES MÉDICOS

Ahora o en el pasado, indique si su hijo ha tenido:

- Sí No No sé/No entiendo
- 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 su hijo 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?

¿Ha tenido su hijo alergias o reacciones a alguno de los siguientes elementos?

- Sí No No sé/No entiendo
- 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 _____.

ANTECEDENTES DENTALES

Ahora o en el pasado, indique si su hijo ha tenido:

- Sí No No sé/No entiendo
- 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 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.

INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

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

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

Medicamento _____ Tomado para _____

Medicamento _____ Tomado para _____

Medicamento _____ Tomado para _____

¿Toma su hijo antibióticos antes de cualquier procedimiento odontológico? _____

¿Tiene (o alguna vez ha tenido) su hijo un problema de 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 FAMILIARES

¿Alguna vez los 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 _____ Desequilibrio en el tamaño de la mandíbula _____

¿Otras afecciones médicas familiares? _____

¿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 del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

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 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 _____