



# Formulario de historial médico / dental - Mayores de 18 años

## PACIENTE

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

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Portador de teléfono celular: \_\_\_\_\_

Prefiere ser llamado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Genero:  Femenina  Masculino

Aficiones y actividades: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE/FAMILIA

Anote todos los medicamentos, suplementos nutricionales, medicamentos a base de hierbas o medicamentos sin receta, incluidos los suplementos de fluoruro que toma.

Medicamento: \_\_\_\_\_ Tomado para: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Tomado para: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Tomado para: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Tomado para: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Tomado para: \_\_\_\_\_

¿Usted requiere premedicación con antibióticos antes de cualquier procedimiento dental?

\_\_\_\_\_

¿Usted masca, fuma o vapea algún producto de tabaco?

\_\_\_\_\_

¿Su madre y/o su padre han tenido alguna vez tratamiento de ortodoncia?

\_\_\_\_\_

¿Su madre y/o su padre requirieron cirugía de mandíbula como parte del tratamiento de ortodoncia?

\_\_\_\_\_

Para las siguientes preguntas, marque sí, no, o no sabe/entiende (ns). Marque cada pregunta individualmente, NO dibuje una línea a través de todas las respuestas. Gracias.

Historial Médico-  
Ahora, o en el pasado, ha tenido:

Si No Ns

- ¿Defectos de nacimiento o problemas hereditarios?
- ¿Fracturas óseas de lesiones mayores?
- ¿Alguna lesión en la cara, la cabeza, el cuello?
- ¿Artritis o problemas en las articulaciones?
- ¿Convulsiones, desmayos, problemas neurológicos?
- ¿Alteraciones de la salud mental y/o depresión?
- ¿Dolores de cabeza o migrañas frecuentes?
- ¿Defectos cardíacos, soplo cardíaco, cardiopatía reumática?
- ¿Respira frecuentemente por la boca?
  
- ¿Ha tomado alguna vez bisfosfanatos intravenosos por trastornos óseos o cáncer?
- ¿Alguna vez ha tomado bisfosfanatos orales para los trastornos óseos?
- Cirugías: \_\_\_\_\_

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

Si No Ns

- Látex (guantes, globos)
- Aspirina
- Ibuprofen (Motrin, Advil)
- Metales (joyas, broches para ropa)
- Acrylicos

Otras sustancias: \_\_\_\_\_

Historial Dental-  
Ahora, o en el pasado, ha tenido:

Si No Ns

- ¿Se extrajeron los dientes permanentes?
- ¿Dientes perdidos congénitamente?
  
- ¿Presencia de dientes extra (supernumerarios)?
- ¿Dientes primarios o permanentes astillados o lesionados?
- ¿Algún diente sensible o dolorido?
- ¿Algún relleno perdido o roto?
- ¿Fracturas de mandíbula, quistes o infecciones?
- ¿Algún diente tratado con endodoncias o pulpotomías?
- ¿Colocación de Implantes Dentales?
- ¿Aftas frecuentes o herpes labial?
- ¿Antecedentes o problemas del habla o logopedia?
- ¿Dificultad para respirar por la nariz?
- ¿Hábito de respirar por la boca o roncar por la noche?
- ¿Hábitos orales frecuentes (dedos, pulgares, bolígrafos, etc.)
- ¿Los dientes causan irritación en los labios, las mejillas o las encías?
- ¿Rechinar o apretar los dientes?
- ¿Clic, bloqueo de las articulaciones de la mandíbula?
- ¿Dolor en la mandíbula o los músculos de la cara?
- ¿Ha sido tratado por problemas de TMJ” o “TMD”?
- ¿Algún problema asociado con un tratamiento dental previo?
- ¿Alguna vez ha sido diagnosticado con enfermedad periodontal (de las encías)?

## LIBERACIÓN Y RENUNCIA

Autorizo la divulgación de cualquier información sobre mi tratamiento de ortodoncia a mi compañía de seguro dental y/o médico.

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

He leído las preguntas anteriores y las entiendo. No responsabilizaré a mi ortodoncista ni a ningún miembro de su personal por ningún error e omisión que haya cometido al completar este formulario. Informaré a mi ortodoncista de cualquier cambio en mi salud médica o dental.

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

**No escriba debajo de esta línea**

ACTUALIZACIONES O CAMBIOS EN EL HISTORIAL MÉDICO

Cambios: \_\_\_\_\_

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

Firma del Personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_