



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: ____/____/____ Género: 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: ____/____/____