



**Lafayette Family Orthodontics**  
BRIAN C. LEYPOLDT, DDS, MSD  
*Your Smile Is Our Specialty*

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

## PACIENTE

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

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

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

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

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

Escuela: \_\_\_\_\_ Nivel De Grado: \_\_\_\_\_

Hermanos (Nombre y Edad) \_\_\_\_\_

## Padre/guardián

Padre(s)/Guardian(es) Nombre(s) completo(s): \_\_\_\_\_ Relación del paciente: \_\_\_\_\_

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

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Operador de celular \_\_\_\_\_

## 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 su hijo/a.

Medicamento: \_\_\_\_\_ Tomado por: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Tomado por: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Tomado por: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Tomado por: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Tomado por: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a requiere premedicación con antibióticos antes de cualquier procedimiento dental?

\_\_\_\_\_

¿Su hijo/a masca, fuma o vapea algún producto de tabaco?

\_\_\_\_\_

¿La madre y/o el padre de su hijo/a han tenido alguna vez tratamiento de ortodoncia?

\_\_\_\_\_

¿La madre y/o el padre de su hijo/a 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, su hijo/a ha tenido:

Si No Ns

- ¿Defectos de nacimiento o problemas hereditarios?
- ¿Fracturas óseas de lesiones mayores?
- ¿Alguna lesión en la cara, la cabeza o 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?
- ¿Su hijo/a 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: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a 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, su hijo/a ha tenido:

Si No Ns

- ¿Erupción de dientes muy temprano o muy tarde?
- ¿Se extrajeron los dientes permanentes o dientes de leche?
- ¿A su hijo(a) le faltan dientes?
- ¿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 relacionada con el tratamiento de ortodoncia de mi hijo a mi compañía de seguro médico y/o dental.

Firma del Padre/guardian : \_\_\_\_\_

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 la salud médica o dental de mi hijo/a.

Firma del Padre/ guardian: \_\_\_\_\_

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

**No escriba debajo de esta línea**

### ACTUALIZACIONES O CAMBIOS EN EL HISTORIAL MÉDICO

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

Firma de Padre/guardian : \_\_\_\_\_

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

Firma del Personal: \_\_\_\_\_

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