

Formulario de datos sobre el paciente

Fecha _____

Nombre completo del paciente _____
Apellido Nombre Segundo nombreDirección _____
Calle Ciudad Código postal

Teléfono del domicilio _____ Fecha de nacimiento _____ Número de seguro _____

Si el paciente es un menor, nombre completo de los padres o el tutor _____

¿A quién podemos agradecer por recomendar nuestro consultorio? _____

Persona responsable de pagar los gastos del tratamientoNombre completo _____
Apellido Nombre Segundo nombreDirección del domicilio _____
Calle Ciudad Código postalDirección postal _____
Calle Ciudad Código postal

¿Cuánto tiempo lleva viviendo en este domicilio? _____

Teléfono del domicilio _____ Teléfono del centro laboral _____

Dirección anterior si ha vivido en el domicilio actual por menos de tres años _____

Número de seguro _____ Fecha de nacimiento _____ Relación que tiene con el paciente _____

Empleador _____ Ocupación _____ Número de años en su empleo _____

Nombre completo del cónyuge _____ Relación que tiene con el paciente _____

Empleador _____ Ocupación _____ Número de años en su empleo _____

Número de seguro _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono del centro laboral _____

Datos sobre su seguro de gastos dentales

Nombre del asegurado _____ Número de seguro social del asegurado _____

Compañía aseguradora _____ Número de grupo _____ Número local _____

Compañía aseguradora dirección _____ Teléfono _____

¿Cuenta con cobertura doble? Sí _____ No _____ Si su respuesta es sí:

Nombre del asegurado _____ Número de seguro social del asegurado _____

Compañía aseguradora _____ Número de grupo _____ Número local _____

Compañía aseguradora dirección _____ Teléfono _____

Datos sobre la persona con quien podemos comunicarnos en caso de urgencia

Nombre del familiar más cercano que no viva con usted _____

Dirección completa _____
Calle Ciudad Código postal

Teléfono _____

Estoy consciente de que puede ser necesario obtener informes sobre mi historial crediticio.

Firma del paciente (o de unos de los padres si es menor de edad) _____

Actualización de datos (indique la fecha y ponga sus iniciales) _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

Nombre completo de su médico de cabecera _____ Fecha de su última consulta _____

Dirección _____ Teléfono _____

Encierre Sí o No en un círculo (si su respuesta es sí, especifique)

Sí No ¿Está tomando algún medicamento? _____
Sí No ¿Es usted alérgico a algún medicamento en particular? _____
Sí No ¿Sufre de una enfermedad grave? _____
Sí No ¿Ha sido sometido a algún tipo de intervención quirúrgica seria? _____
Sí No ¿Ha estado comprometido en un accidente de consideración? _____

Encierre en un círculo cualquiera de las siguientes afecciones médicas que haya padecido o padezca en la actualidad.

Hemorragias anormales/hemofilia	Diabetes	Hepatitis/Enfermedades hepáticas	Neumonía
Anemia	Vértigo (Mareos)	Herpes	Hemorragias prolongadas
Artritis	Epilepsia	Hipertensión	Radioterapia/Quimioterapia
Asma o fiebre de heno	Enfermedades gastrointestinales	VIH/SIDA	Fiebre reumática
Enfermedades de los huesos	Enfermedades del corazón	Enfermedades de los riñones	Tuberculosis
Defectos cardíacos congénitos en el corazón	Soplo en el corazón	Enfermedades neurológicas	Tumores/Cáncer

Are there any medical conditions we have not discussed that you feel we should be aware of? _____

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

Dentist _____ Date of last visit _____

What concerns you most about your teeth? _____

Sí No ¿Presenta algún dolor en los dientes? _____
Sí No ¿Alguna vez ha experimentado una reacción alérgica a algún tipo de tratamiento dental? _____
Sí No ¿Ha perdido o se ha astillado algún diente? _____
Sí No ¿Ha sufrido lesiones en el rostro, la boca o los dientes? _____
Sí No ¿Hay alguna parte de su boca que sea sensible a los cambios de temperatura o a la presión? _____
Sí No ¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes? _____
Sí No ¿Tiene el hábito de chuparse el pulgar o mantener la lengua fuera de la boca? _____
Sí No ¿Es usted respirador bucal? _____
Sí No ¿Ha consultado a un ortodoncista en alguna ocasión?
Si su respuesta es sí, indique el nombre del ortodoncista y la fecha de consulta _____
Sí No ¿Cuál es su actitud hacia el tratamiento ortodóntico que pudiera recibir? _____
Sí No ¿Algún familiar ha recibido tratamiento ortodóntico?
¿Se sintió satisfecho con los resultados? _____
¿Cuál es su actitud hacia el tratamiento ortodóntico que pudiera recibir? _____
Sí No ¿Siente alguna incomodidad en los dientes o huesos maxilares cuando despierta por las mañanas? _____
Sí No ¿Cuando abre o cierra la boca, siente que sus mandíbulas producen ruido? _____
Sí No ¿Aprieta los dientes a lo largo del día? _____
Sí No ¿Le han dicho en alguna ocasión que rechina (cruje) los dientes? _____
Sí No ¿Sufre de dolores de cabeza causados por la tensión? _____
Sí No ¿Sufre de zumbido de oídos en forma crónica? _____
Sí No Si el paciente es menor de 16 años, ¿cuál es la estatura de los padres? Mamá _____ Papá _____
Sí No ¿Está usted informado de que algunas citas tendrán lugar dentro del horario escolar o de trabajo? _____
Indique algunos de sus pasatiempos o intereses _____
Para mujeres solamente: _____
Sí No ¿Está usted embarazada? _____
Sí No ¿Ha empezado a reglar (menstruar)? _____

BENEFICIOS

Beneficios de la ortodoncia: Estética, salud y funcionalidad. La ortodoncia es un tratamiento que mejora la apariencia y funcionalidad de los dientes y la salud dental en general. Los dientes, las encías y los huesos maxilares son estructuras corporales muy complejas y pueden no responder al tratamiento ortodóntico. Si no se practica una buena higiene bucal, se puede suscitar un deterioro de los dientes y una inflamación de las encías. En casos aislados se han observado molestias en las articulaciones, así como un acortamiento de la longitud de las raíces de los dientes. Los dientes experimentan cambios a lo largo de toda la vida y puede presentarse algún desplazamiento o alteración de los dientes después de concluido el tratamiento. He leído y entendido todo lo que se detalla en este párrafo y también estoy consciente de que mi expediente clínico y mi nombre pueden ser utilizados para fines educativos y promocionales. He respondido con sinceridad todas las preguntas anteriores y acepto informar a este consultorio sobre cualquier cambio en mi estado médico o dental. Además, autorizo al Dr. _____ para que me someta a una evaluación ortodóntica completa.

Firma: _____ Fecha: _____