

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Género: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Años: _____ SS#: _____ Ocupación: _____
 Empleador: _____ Número de Años Empleados: _____
 Trabajo #: _____ Casa #: _____ Celular #: _____
 E-Mail: _____
 Aficiones/Deportes: _____
 Colegio: _____ Ciudad de Colegio: _____
 Otros miembros de la familia vistos por nosotros (indique la edad): _____
 Hermano(s) no mencionado(s) arriba (actual o tratado en otra parte): _____
 ¿A quién podemos agradecer por referirlo a nuestra oficina? _____
 Nombre del Dentista: _____ Ciudad: _____ Teléfono #: _____ Última Visita: _____

Firma del Responsable: _____ Fecha: _____

SEGURO

SEGURO: Si desea que determinemos con precisión sus beneficios de ortodoncia y posteriormente facturemos a su seguro COMO CORTESÍA por cualquier tratamiento futuro, la información del seguro debe completarse completamente ANTES de asistir a su cita inicial (Nota: la ortodoncia es dental y la ATM es médica)

¿Tienes Seguro de Ortodoncia? No Sí Aseguradora: _____ ID# de Miembro: _____
 Dirección de la Aseguradora: _____ Tel# de Aseguradora: _____
 Nombre de la Asegurada Primaria: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Primaria SS#: _____
 ¿Tienes Seguro Secundario? No Sí Aseguradora: _____ ID# de Miembro: _____
 Dirección de la Aseguradora: _____ Tel# de Aseguradora: _____
 Nombre de la Asegurada Secundaria: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Secundaria SS#: _____

PARTE RESPONSABLE

NOTA: Si está separado/divorciado, la parte responsable del niño es el padre con custodia. La persona responsable de la cuenta y la firma del contrato es la **única persona** legalmente capacitada para adquirir Información sobre el paciente. Si la parte responsable tiene la custodia legal de una persona menor de 18 años y la relación con la persona no es madre/padre, proporcione la información a continuación.

Nombre: _____ Relación con la Paciente: _____
 Empleadora: _____ Ocupación: _____ # de Años Empleados: _____
 Tel #: _____ Celular #: _____ SS#: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección de Envío: _____
 Dirección Anterior (si tiene menos de 3 años): _____
 Información de la madre: Madrastra Guardiana Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 SS#: _____ Tel #: _____ Celular #: _____
 Información del Padre: Padrastro Guardián Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 SS#: _____ Tel #: _____ Celular #: _____
 ¿Quién es responsable de hacer las citas? Nombre: _____
 Relación con la paciente: _____ Tel #: _____ Celular #: _____

Si usted **NO** es el **Paciente** o la **Parte Responsable** que completa este formulario, proporcione:

Nombre: _____ Relación con la paciente: _____
 Dirección: _____ Tel #: _____ Celular #: _____

Firma del Responsable: _____ Fecha: _____

EMERGENCIA

Nombre del Médico Primario: _____ Teléfono #: _____
 Dirección del Médico: _____ Ciudad: _____
 Nombre del pariente más cercano que NO vive con usted: _____
 Dirección: _____
 Teléfono #: _____ Trabajo #: _____ Celular #: _____

PACIENTE DE ORTODONCIA CUESTIONARIO DE SALUD



FECHA: _____

NOMBRE: _____

I. QUEJAS Y PREOCUPACIONES SUBJETIVAS

A. ¿Cuáles son las principales preocupaciones del paciente o de los padres con respecto a la mandíbula y los dientes?

	Templada	Moderada	Severa
1. Dolor Facial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Enfermedad de las encías/Recesión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Problemas de encías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dolores de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Disfunción de la Mandíbula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sonidos de la articulación de la mandíbula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dolor de Mandíbula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Dolor de Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Oídos zumbantes o "tapados"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mordedura Mal			
<input type="checkbox"/> Dientes Salientes/ Resalte			
<input type="checkbox"/> Apiñamiento de los Dientes Superiores			
<input type="checkbox"/> Apiñamiento de Dientes Inferiores			
<input type="checkbox"/> Apiñamiento de los Dientes Superiores e Inferiores			
<input type="checkbox"/> Mordida Cruzada			
<input type="checkbox"/> Dentista Recomendada ver a una Ortodoncista			
<input type="checkbox"/> Rechinar los Dientes			
<input type="checkbox"/> Encías Grandes en Sonrisa			
<input type="checkbox"/> Diente/Dientes Impactados			
<input type="checkbox"/> Posición Incorrecta de los Dientes			
<input type="checkbox"/> Diente/Dientes de Forma Irregular			
<input type="checkbox"/> Diente/Dientes Faltantes			
<input type="checkbox"/> Boca Demasiado Pequeña			
<input type="checkbox"/> Mordida Abierta			
<input type="checkbox"/> Mandíbula Baja Prominente (demasiado "Fuerte")			
<input type="checkbox"/> Protrusión de Dientes			
<input type="checkbox"/> Mandíbula Inferior Recesiva (demasiado "Débil")			
<input type="checkbox"/> Rotaciones			
<input type="checkbox"/> Dientes Pequeños			
<input type="checkbox"/> Espacios			
<input type="checkbox"/> Hábito Pulgar/Dedo			
<input type="checkbox"/> Mordida Inferior			
<input type="checkbox"/> OTRA _____			

B. Familiares con problemas similares:

- Padre
- Madre
- Hermano
- Hermana
- OTRA _____

II. HISTORIA MEDICO DENTAL

A. Salud Actual

	Bueno	Pasable	Malo
1. Física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bajo Estrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. ¿El paciente ha llegado a la pubertad? Sí No

C. ¿Ha tenido el paciente alguna de las siguientes condiciones?

- Alergias
- SIDA / ARC / VIH (circulo)
- Arteriosclerosis
- Asma
- Desorden Autoinmune
- Enfermedad de la Sangre
- Trastorno óseo
- Cáncer
- Diabetes
- Mareo
- Problemas Emocionales
- Problemas Endocrinos
- Epilepsia
- Problemas Femeninos
- Dolores de Cabeza Frecuentes
- Glaucoma
- Fiebre del Heno
- Trastornos de la Audición
- Enfermedad Cardíaca/Cirugía
- Hepatitis
- Herpes/Ampollas de Fiebre
- Presión Arterial Alta / Presión Arterial Baja (circulo)
- Hospitalizado por Cualquier Motivo
- Enfermedad del Riñon
- Lupus
- Prolapso de la Válvula Mitral
- Marcapasos
- Problemas Psiquiátricos
- Tratamiento de Radiación
- Fiebre Reumática
- Zumbido de Oídos
- Convulsiones
- Problemas de los Senos Paranasales
- Alteración del Sueño
- Infarto Cerebral
- Problemas Tiroideos
- Trauma en la cara, los dientes, las mandíbulas o la cabeza
- Tuberculosis
- Úlceras
- Enfermedad Venérea
- _____

D. Medicamentos (Actual y tomada por la paciente):

- Antibióticos
- Pastillas Anticonceptivas
- Pastillas para adelgazar (Diuréticos)
- Pastillas para el Corazón (Digitalis, etc.)
- Insulina
- Relajantes Musculares (Valium, etc.)
- Pastillas para el Dolor (Demerol, Codeína, etc.)
- Pastillas para Dormir
- Tranquilizantes (Elavil, Valium, etc.)
- Vitaminas
- OTRA _____

E. Alergias a Medicamentos/Alimentos (La paciente demuestra una respuesta alérgica a):

- Antibióticos (Específicamente) _____
- Aspirina
- Codeína
- Productos Lácteos
- Anestésicos Dentales
- Eritromicina
- Colorantes Alimentarios
- Joyería / Metales
- Látex
- Pastillas para el dolor (específicamente) _____
- Trigo
- OTROS _____

F. Otra Información Pertinente (¿Ha tenido el paciente alguna vez antecedentes de lo siguiente?):

1. Otros hábitos
2. Resfriados
3. Dificultad para masticar
4. Dificultad para tragar
5. Chuparse los dedos
6. Rechinar los dientes
7. Dolores de cabeza
8. Morderse los labios
9. Respiración por la boca
10. Dolor en la articulación de la mandíbula
11. Fumar
12. Ronquidos
13. Dientes doloridos
14. Dolor de garganta
15. Problemas del habla
16. Chuparse el dedo
17. Empuje de la lengua
18. Amigdalitis
19. OTRA _____

C. La Consulta de Ortodoncia fue Motivada por:

- Paciente (Nombre) _____
- Dentista (Nombre) _____
- Cónyuge
- Madre / Padre / Hermano / Hermana (*círculo*)
- Otro Familiar (Nombre) _____
- Amigo (Nombre) _____
- OTRA _____

D. ¿Ha tenido el paciente alguna experiencia dental inusual?

- No _____
- Sí En caso afirmativo, explique: _____

E. ¿Hay algún problema médico, dental, quirúrgico o psicológico no cubierto anteriormente?

- No _____
- Sí En caso afirmativo, explique: _____

F. ¿El paciente ha tenido alguna vez una consulta/tratamiento de ortodoncia anterior?

- No _____
- Sí En caso afirmativo, explique: _____

G. Profesionales de la Salud (Actual o Anterior)

- Nombre del Médico: _____
 Motivo(s) del Tratamiento: _____
 Nombre del Médico: _____
 Motivo(s) del Tratamiento: _____
 Nombre del Médico: _____
 Motivo(s) del Tratamiento: _____

H. ¿Por qué busca esta consulta?

- Para mejorar la apariencia dental
- Para mejorar la apariencia facial
- Para mejorar la apariencia general
- Para mejorar la longevidad de los dientes
- Para mejorar la autoestima
- Para reducir el dolor facial
- Para reducir los dolores de cabeza/cuello
- OTRA _____

Comentarios:

Hasta donde yo sé, todas las respuestas anteriores son verdaderas y correctas. Si se considera conveniente, doy permiso para que mi médico sea contactado para información y consejo. Si tengo algún cambio en mi salud o medicamentos que no están informados anteriormente, le informaré al médico en mi próxima visita.

 Firma de la Paciente/Responsable Fecha

 Firma del Ortodoncista/Dentista General Fecha

III. ACTITUD DEL PACIENTE O DE LOS PADRES HACIA EL CUIDADO DE LOS DIENTES Y EL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA

A. Chequeos dentales regulares:

- Dos veces al año
- Una vez al año
- Solo si es necesario
- Nunca

B. Interés del paciente en el tratamiento de ortodoncia:

- Deseoso de tratamiento
- Dispuesta si es necesario
- Temiendo pero está de acuerdo
- Reacia

