



Fecha _____

FORMULARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS/ODONTOLÓGICOS PARA PACIENTES ADULTOS

CONFIDENCIAL

PACIENTE

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Fecha de nacimiento _____ Prefiere ser llamado _____

¿Qué sexo se le asignó en su acta de nacimiento? Masculino Femenino N.º de seguro social _____

Domicilio _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Teléfono _____ Dirección de correo electrónico _____

Estado Civil Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a

Ocupación _____ Empleador _____

FAMILIAR MÁS CERCANO

Nombre del cónyuge o de los familiares más cercanos _____

Relación con el paciente _____ Teléfono (si es diferente) _____

Domicilio (si es diferente) _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

ODONTÓLOGO

Odontólogo del paciente _____ Teléfono _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Última cita _____ Motivo _____

MÉDICO

Médico _____ Teléfono _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Otros médicos/proveedores de atención médica que esté tratándolo(a) actualmente:

Nombre _____ Ciudad/Estado _____ Motivo _____

Nombre _____ Ciudad/Estado _____ Motivo _____

INFORMACIÓN GENERAL

¿Qué le preocupa de sus dientes? _____

¿Quién sugirió que podría necesitar tratamiento de ortodoncia? _____

¿Por qué seleccionó nuestro consultorio? _____

¿Ha tenido algún tratamiento de ortodoncia anterior? Describa por favor. _____

¿Ha recibido tratamiento alguno de sus familiares en este consultorio? Indique sus nombres. _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

¿Quién es el responsable financiero de esta cuenta? _____

Domicilio (si es diferente del de la página 1) _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Dirección de correo electrónico _____ Teléfono _____

Empleador _____ N.º de seguro social _____

SEGURO DENTAL

Nombre completo del titular primario de la póliza _____ Fecha de nacimiento _____

N.º de seguro social _____ Relación con el paciente _____

Compañía de seguros _____ ° de grupo _____

Empleador _____ ¿Tiene esta póliza beneficios de ortodoncia? Sí No No sé

Nombre completo del titular secundario de la póliza _____ Fecha de nacimiento _____

N.º de seguro social _____ Relación con el paciente _____

Compañía de seguros _____ N.º de grupo _____

Empleador _____ ¿Tiene esta póliza beneficios de ortodoncia? Sí No No sé

Sus respuestas solo son para los registros del consultorio y son confidenciales. Es fundamental tener antecedentes médicos minuciosos para completar una evaluación ortodóncica completa. Para las preguntas siguientes, marque Sí, No o No sé/No entiendo.

ANTECEDENTES DENTALES

Ahora o en el pasado, indique si ha tenido:

- sí no no sé Extracción de dientes permanentes o supernumerarios
- sí no no sé Dientes supernumerarios o faltantes de manera congénita
- sí no no sé Dientes primarios o permanentes rotos o dañados
- sí no no sé Dientes sensibles o adoloridos
- sí no no sé Encías sangrantes, gusto desagradable u olor en la boca
- sí no no sé Fracturas, quistes o infecciones en la mandíbula
- sí no no sé Tratamientos de conducto o pulpotomías en alguno de los dientes
- sí no no sé "Flemones dentarios," llagas gangrenosas frecuentes o herpes labial
- sí no no sé Antecedentes de problemas del habla o tratamientos para el habla
- sí no no sé Dificultades para respirar por la nariz
- sí no no sé Acumulación anormal de alimentos entre los dientes
- sí no no sé El hábito de respirar por la boca o roncar de noche
- sí no no sé Hábitos orales frecuentes (chuparse el dedo, masticar el bolígrafo, etc.)
- sí no no sé Dientes que provocan irritación en los

sí no no sé

sí no no sé

sí no no sé

sí no no sé

sí no no sé

sí no no sé

sí no no sé

sí no no sé

sí no no sé

sí no no sé

sí no no sé

labios, las mejillas o las encías

Anormalidades al tragar anormal (protusión de la lengua)

Dientes que rechinan o se tensionan

Chasquidos o bloqueo en las articulaciones de la mandíbula

Dolor en los músculos de la mandíbula o del rostro

Zumbidos en los oídos, dificultad para masticar o abrir la mandíbula

Tratamiento por problemas o disfunciones en la articulación temporomandibular

Alguna tapadura (empaste) rota o perdida

Algún problema grave asociado con un tratamiento odontológico anterior

Un diagnóstico de enfermedad de las encías o piorrea

Una consulta o un tratamiento de ortodoncia antes de ahora

¿Con qué frecuencia te cepillas los dientes? _____

¿Usas hilo dental? _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

Now or in the past, have you had:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | ¿Has tomado alguna vez bisfosfonatos como Zometa (ácido zoledrónico, Aredia (pamidronato) o Didronel (etidronato) para trastornos óseos o cáncer de huesos)? | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Antecedentes de trastornos alimenticios (anorexia, bulimia) |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | ¿Has tomado alguna vez bisfosfonatos como Fosamax (alendronato), Actonel (ridendronato), Boniva (ibandronato), Skelid (tiludronato) o Didronel (etidronato) para trastornos óseos)? | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Hipertensión o hipotensión |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Condiciones hereditarias o del desarrollo | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Sangrado excesivo o moretones, anemia |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Fracturas o lesiones graves | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Dolor en el pecho, jarta de aliento, tobillos hinchados o se cansa fácilmente |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Cualquier herida en el rostro, la cabeza o el cuello | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Defectos cardíacos, soplo cardíaco, enfermedad cardíaca reumática |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Artritis o problemas en las articulaciones | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Angina, arteriosclerosis, accidente cerebrovascular o ataque cardíaco |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Problemas endocrinos o de tiroides | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Trastorno de la piel (además del acné común) |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Diabetes o bajo nivel de azúcar | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Una dieta bien equilibrada |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Problemas renales | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Dolores de cabeza o migrañas frecuentes |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Cáncer, tumores, tratamiento de radiación o quimioterapia | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Resfríos e infecciones frecuentes en la garganta y los oídos |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Úlcera estomacal, hiperacidez, reflujo ácido | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Asma, problemas sinusales, fiebre del heno |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Problemas del sistema inmunitario | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Afección en las amígdalas o las adenoides |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Antecedentes de osteoporosis | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | ¿Respira por la boca con frecuencia? |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Gonorrea, sífilis, herpes, enfermedades de transmisión sexual | ¿Ha tenido alergias o reacciones a cualquiera de los siguientes elementos? | |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | SIDA o VIH positivo | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Anestésicos locales (novocaína, lidocaína, xilocaína) |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Hepatitis, ictericia u otros problemas hepáticos | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Látex (guantes, globos) |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Polio, mononucleosis, tuberculosis, o pulmonía? | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Aspirina |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Convulsiones, desvanecimientos, problemas neurológicos | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Ibuprofeno (Motrin, Advil) |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Perturbaciones mentales o depresión | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Penicilina |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Problemas visuales, auditivos o del habla | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Otros antibióticos |
| | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Metales (joyas, broches a presión para la ropa) |
| | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Acrílicos |
| | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Polen de las plantas |
| | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Animales |
| | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Alimentos |
| | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Otras sustancias _____ |

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

¿Alguna vez sus padres o hermanos tuvieron alguno de los siguientes problemas de salud? Si es así, explique.

Trastornos hemorrágicos _____

Diabetes _____

Artritis _____

Alergias graves _____

Problemas odontológicos poco comunes _____

Desequilibrio en el tamaño de la mandíbula _____

¿Otras afecciones médicos familiares? _____

INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

Incluya cualquier medicamento, suplemento nutricional, medicamento a base de hierbas o medicamento de venta libre que tome.

Medicamento _____ Tomado para _____

Medicamento _____ Tomado para _____

Medicamento _____ Tomado para _____

¿Toma antibióticos antes de cualquier procedimiento odontológico? Sí No

¿Alguna vez ha tomado algún medicamento para fortalecer sus huesos? Describa por favor: _____

¿Tiene o alguna vez ha tenido un problema de drogadicción? Describa por favor: _____

¿Masca o fuma tabaco? Sí No ¿Has fumado alguna sustancia o has vapeado? Sí No

En caso afirmativo, especifique _____

¿Ha advertido algún cambio en su rostro o mandíbula? _____

¿Otros problemas físicos? _____

SOLO MUJERES: ¿Está embarazada? Sí No ¿Está intentando quedar embarazada? Sí No

DIVULGACIÓN Y EXENCIÓN

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

Firma _____ Fecha _____

He leído las preguntas antes mencionadas y las entiendo. No haré responsable a mí ortodoncista ni a ningún miembro de su personal de cualquier error u omisión que haya realizado al completar este formulario. Notificaré a mi ortodoncista sobre cualquier cambio en mi salud médica u odontológica.

Firma _____ Fecha _____

ACTUALIZACIONES O CAMBIOS EN LOS ANTECEDENTES MÉDICOS

Cambios _____

Firma _____ Fecha _____

Firma del personal de odontología _____ Fecha _____

Cambios _____

Firma _____ Fecha _____

Firma del personal de odontología _____ Fecha _____

Cambios _____

Firma _____ Fecha _____

Firma del personal de odontología _____ Fecha _____