



LA HISTORIA CLÍNICA/INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Appellido Nombre  
Dirección \_\_\_\_\_ # Teléfono \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código Postal  
Correo Electrónico Preferido \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ # Seguro Social \_\_\_\_\_

-----  
Padre \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ Nacimiento \_\_\_\_\_  
Appellido Nombre  
Dirección de la Casa \_\_\_\_\_ # Teléfono \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código Postal  
Empleador \_\_\_\_\_ # Teléfono \_\_\_\_\_  
Nombre Calle Ciudad Código Postal  
Tiene el Padre Asegurancia de Ortodoncia? Y / N Nombre de la Empresa Aseguradora \_\_\_\_\_  
Tiene el Padre Asegurancia Médica? Y / N Nombre de la Empresa Aseguradora \_\_\_\_\_

-----  
Madre \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ Nacimiento \_\_\_\_\_  
Appellido Nombre  
Dirección de la Casa \_\_\_\_\_ # Teléfono \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código Postal  
Empleador \_\_\_\_\_ # Teléfono \_\_\_\_\_  
Nombre Calle Ciudad Código Postal  
Tiene la Madre Asegurancia de Ortodoncia? Y / N Nombre de la Empresa Aseguradora \_\_\_\_\_  
Tiene la Madre Asegurancia Médica? Y / N Nombre de la Empresa Aseguradora \_\_\_\_\_

-----  
Si la Persona Responsable es Alguien que no sea los Padres del Paciente, por favor, Dar Información:  Aplicable  
Nombre \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_ Relacion con el Paciente \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ # Teléfono \_\_\_\_\_  
Tiene la Persona Responsable Asegurancia de Ortodoncia? Y / N Nombre de la Empresa Aseguradora \_\_\_\_\_  
Tiene la Persona Responsable Asegurancia Médica? Y / N Nombre de la Empresa Aseguradora \_\_\_\_\_

-----  
Dentista del Paciente \_\_\_\_\_ Médico del Paciente \_\_\_\_\_  
A Quién Podemos Agradecer por Referirlo a Nuestra Oficina \_\_\_\_\_  
Intereses Y Pasatiempos del Paciente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por Favor, Describa por qué Solicita la Consulta \_\_\_\_\_

### LA HISTORIA CLÍNICA

Ahora o en el Pasado, Ha Tenido Su Hijo:

	SI	NO		SI	NO
DEFECTOS DE NACIMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CARA LESIONES O HUESOS ROTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEFECTOS CARDIACOS O SOPLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INFECCIONES FRECUENTES DEL OIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTA O BAJA PRESIÓN SANGUINEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CONVULSIONES, DESMAYOS, EPILEPSIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATAQUE CARDIACO/ANGINA DE PECHO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOLORES DE CABEZA FRECUENTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HISTORIA DE TRASTORNO ALIMENTARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LOS TRASTORNOS SANGUINEOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRASTORNOS DE LA PIEL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRASTORNOS ÓSEOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HEPATITIS O PROBLEMAS DE HÍGADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ARTRITIS (DE CUALQUIER TIPO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	APNEA DEL SUENO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÚLCERAS EN LA BOCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRASTORNOS DEL LENGUAJE O AUDENCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HERPES (DE CUALQUIER TIPO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ASMA O PROBLEMAS SENOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIDA/VIH POSITIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRASTORNO DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CÁNCER O TUMOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRASTORNO ENDOCRINO O DE TIROIDES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMAS RENALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OSTEOPOROSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TUBERCULOSIS O NEUMONIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CONDICION DE LAS AMÍGDALAS O ADENOIDES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tiene su hijo alergias o reacciones a cualquiera de los siguientes? (Verificar todos los que aplican):  ALERGIAS  
 ANESTÉSICO LOCAL (NOVACAINA, LIDOCAINA, ETC.) ,  LÁTEX  ASPIRINA  PENICILINA  ANTIBIOTICAS  
OTI  METALES (JOYAS, NIQUEL, ETC.)  ACRILICOS  POLEN DE PLANT  ANIMALI  COMID  OTRAS COSAS

Otros Comentarios \_\_\_\_\_

Por Favor Lista Cualquier Otra Información Importante Sobre Su Historia Clinica \_\_\_\_\_

### HISTORIA DENTAL

Ahora o en el Pasado, Ha Tenido Su Hijo:

	SI	NO		SI	NO
TEMPRANO O TARDE ESTALLAN DIENTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIENTES DE LECHE EXTRAIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIENTES PERMANENTES ELIMINADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EXTRA CONGENITO O FALTABAN DIENTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIENTES HERIDOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIENTES SENSITIVO O ADOLORIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EMPASTES DENTALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QUISTES O INFECCIONES DEL MANDÍBULA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRATAMIENTO DE CONDUCTO DENTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EMAS DE LAS ENCÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRASTORNOS DEL LENGUAJE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RESPIRAR POR LA BOCA/RONQUIDOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HABITOS ORAL (CHUPE EL PULGAR, ETC.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E TRITURACION O RECHINAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BLOQUEO EN MANDÍBULA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IDÍBULA O CARA <u>MÚSCULOS</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros Comentarios \_\_\_\_\_

Por Favor Lista Cualquier Otra Información Importante Sobre Su Historia Dental \_\_\_\_\_

### CLAUSULA DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Autorizo el despacho de cualquier información sobre mi hijo, tratamiento de ortodoncia a mi empresa aseguranza (dental y medico).

Firma de los Padres o Tutor Legal #1 \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de los Padres o Tutor Legal #2 \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

He leído las preguntas anteriores y entenderlos. No voy a mantener mi ortodoncista responsable de los errores u omisiones que he hecho en la realización de esta forma. Voy a comunicar a mi ortodoncista de cualquier cambio en mi niño, médicos o salud dental. Me queda consentimiento a la toma de rayos x, fotografías y otros documentos necesarios antes, durante y después del tratamiento.

Firma de los Padres o Tutor Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Ortodoncista \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_