



LA HISTORIA CLÍNICA/INFORMACIÓN PERSONAL

Paciente _____ Edad ____ Fecha de Nacimiento _____
Appellido Nombre

Dirección _____ # Teléfono _____
Calle Ciudad Código Postal

Correo Electronico Preferido _____ Sexo ____ # Seguro Social _____

Empleador _____ Puesto de Trabajo _____

Dirección del Empleador _____ # Teléfono _____
Calle Ciudad Código Postal

Numero de Seguro Social (para fines contables solo) _____ Estado Civil: _____

Tiene Asegurancia de Ortodoncia? Y / N Nombre de la Empresa Aseguradora _____

Tiene Asegurancia Médica? Y / N Nombre de la Empresa Aseguradora _____

Cónyuge _____ Fecha de Nacimiento _____
Appellido Nombre

Empleador _____ Puesto de Trabajo _____

Dirección del Empleador _____ # Teléfono _____
Calle Ciudad Código Postal

Tiene Su Cónyuge Asegurancia de Ortodoncia? Y / N Nombre de la Empresa Aseguradora _____

Tiene Su Cónyuge Asegurancia Médica? Y / N Nombre de la Empresa Aseguradora _____

Si la Persona Responsable es Alguien que no sea Usted o Su Cónyuge, Por Favor, Dar Información: No 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 Medico? 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 CLINICA

Ahora o en el Pasado, Ha Tenido:

	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 PRESION 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 Alergias o Reacciones a Cualquiera de los siguientes? (Verificar todos los que aplican): NO ALERGIAS

<input type="checkbox"/> ANESTÉSICO LOCAL (NOVACAINA, LIDOCAINA, ETC.)	<input type="checkbox"/> LÁTEX	<input type="checkbox"/> ASPIRINA	<input type="checkbox"/> PENICILIN	<input type="checkbox"/> ANTIBIOTICAS	
<input type="checkbox"/> METALES (JOYAS, NIQUEL, ETC.)	<input type="checkbox"/> ACRILICOS	<input type="checkbox"/> POLEN DE PLANT	<input type="checkbox"/> ANIMALI	<input type="checkbox"/> COMID	<input type="checkbox"/> OTRAS COSAS

Otros Comentarios _____
Por Favor Lista Cualquier Otra Información Importante Sobre Su Historia Clínica _____

HISTORIA DENTAL

Ahora o en el Pasado, Ha Tenido:

	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 MANDIBULA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRATAMIENTO DE CONDUCTO DENTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EMAS DE LAS ENCIAS	<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 MÚSCULOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros Comentarios _____
Por Favor Lista Cualquier Otra Información Importante Sobre Su Historia Dental _____

CLAUSULA DE EXENCION DE RESPONSABILIDAD

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

Firma del Paciente _____ **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 del Paciente _____ **Fecha** _____

Firma del Ortodoncista _____ **Fecha** _____