



# Formulario de antecedentes médicos/odontológicos para pacientes adultos

## PACIENTE

Fecha \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Apellido del paciente \_\_\_\_\_ Prefiero que me llamen \_\_\_\_\_

Tratamiento Sr. Sra. Srta. Dr. Otro \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ N.º de seguro social \_\_\_\_\_

Qué sexo se le asignó en su Certificado de nacimiento? Masculino  Femenino

Con qué género se identifica actualmente? Masculino  Femenino  Otro

Cuáles son sus pronombres preferidos? \_\_\_\_\_

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

Domicilio particular \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono particular ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono celular ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono laboral ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección (direcciones) de correo electrónico \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

## FAMILIAR MÁS CERCANO

Nombre(s) del cónyuge o de los familiares más cercanos \_\_\_\_\_

Tratamiento Sr. Sra. Srta. Dr. Otro \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Domicilio (si es diferente del domicilio del paciente) \_\_\_\_\_

Teléfono particular (si es diferente) ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono celular ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono laboral ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## ODONTÓLOGO

Odontólogo del paciente \_\_\_\_\_ Dirección, Ciudad, Estado \_\_\_\_\_

Última visita \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_ Próxima cita \_\_\_\_\_

Otros odontólogos/especialistas odontológicos que esté visitando actualmente: Nombre \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado \_\_\_\_\_

Motivo \_\_\_\_\_

## MÉDICO

Médico del paciente \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado \_\_\_\_\_

Última visita \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_ Próxima cita \_\_\_\_\_

Examen físico más reciente \_\_\_\_\_

Otros médicos/proveedores de atención médica que esté visitando 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. \_\_\_\_\_

¿Cree que alguna de sus actividades laborales o recreativas afecta sus dientes o su mandíbula? Explique por favor. \_\_\_\_\_

## RESPONSABILIDAD FINANCIERA

¿Quién es el responsable financiero de esta cuenta? \_\_\_\_\_

Domicilio (si es diferente del mencionado en la página 1) \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono particular ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono celular ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección (direcciones) de correo electrónico \_\_\_\_\_

N.º de seguro social \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

## SEGURO DENTAL

Nombre completo del titular primario de la póliza \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

N.º de seguro social \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Domicilio y teléfono (si no se indicaron anteriormente) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ N.º de grupo \_\_\_\_\_ N.º de ID \_\_\_\_\_

¿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 \_\_\_\_\_

Domicilio y teléfono (si no se indicaron anteriormente) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ N.º de grupo \_\_\_\_\_ N.º de ID \_\_\_\_\_

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

## SEGURO MÉDICO

Nombre completo del titular de la póliza \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_

**Sus respuestas solo son para los registros del consultorio y son confidencia es. 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 MÉDICOS

**Ahora o en el pasado, indique si ha tenido:**

- Sí No No sé/No entiendo
- Condiciones hereditarias o del desarrollo.
- Fracturas o lesiones graves.
- Cualquier herida en el rostro, la cabeza o el cuello.
- Artritis o problemas en las articulaciones.
- Problemas endocrinos o de tiroides.
- Diabetes o bajo nivel de azúcar.
- Problemas renales.
- Cáncer, tumores, tratamiento de radiación o quimioterapia.
- Úlcera estomacal, hiperacidez, reflujo ácido.
- Problemas del sistema inmunitario.
- Antecedentes de osteoporosis.
- Gonorrea, sífilis, herpes, enfermedades de transmisión sexual.
- SIDA o VIH positivo.
- Hepatitis, ictericia u otros problemas hepáticos.
- Polio, mononucleosis, tuberculosis, pulmonía. Convulsiones, desvanecimientos, problemas neurológicos. Perturbaciones mentales o depresión.
- Problemas visuales, auditivos o del habla.
- Antecedentes de trastornos alimenticios (anorexia, bulimia).
- Hipertensión o hipotensión.
- Sangrado excesivo o moretones, anemia.
- Dolor en el pecho, falta de aliento, tobillos hinchados o se cansa fácilmente.
- Defectos cardíacos, soplo cardíaco, enfermedad cardíaca reumática.
- Angina, arteriosclerosis, accidente cerebrovascular o ataque cardíaco.
- Trastorno de la piel (además del acné común).
- Una dieta bien equilibrada.
- Dolores de cabeza o migrañas frecuentes.
- Resfríos e infecciones frecuentes en la garganta y los oídos.
- Asma, problemas sinusales, fiebre del heno.
- Afección en las amígdalas o las adenoides.
- ¿Respira por la boca con frecuencia?

**¿Ha tenido alergias o reacciones a cualquiera de los siguientes elementos?**

- Sí No No sé/No entiendo
- Anestésicos locales (novocaína, lidocaína, xilocaína).
- Látex (guantes, globos).
- Aspirina.
- Metales (joyas, broches a presión para la ropa).
- Penicilina.
- Otros antibióticos.
- Ibuprofeno (Motrin, Advil).
- Acrílicos.
- Polen de las plantas.
- Animales.
- Alimentos.
- Otras sustancias \_\_\_\_\_.

## ANTECEDENTES DENTALES

**Ahora o en el pasado, indique si ha tenido:**

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

## 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 \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tomado algún medicamento para fortalecer sus huesos? Describa por favor. \_\_\_\_\_

¿Toma antibióticos antes de cualquier procedimiento odontológico? \_\_\_\_\_

¿Tiene o alguna vez ha tenido un problema de drogadicción? \_\_\_\_\_

¿Masca o fuma tabaco? \_\_\_\_\_

¿Ha advertido algún cambio en su rostro o mandíbula? \_\_\_\_\_

¿Otros problemas físicos? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia se cepilla? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? \_\_\_\_\_

¿Está embarazada? Sí No      ¿Está intentando quedar embarazada? Sí

## 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 médicas familiares? \_\_\_\_\_

## 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 mi 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 \_\_\_\_\_