



# Formulario de antecedentes médicos/odontológicos para pacientes menores de 18 años

## PACIENTE

Fecha \_\_\_\_\_

Apellido del paciente \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Prefiere ser llamado \_\_\_\_\_ Pasatiempos, actividades \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Qué sexo se le asignó en su Certificado de nacimiento? Masculino  Feminino

Con qué género se identifica actualmente? Masculino  Feminino  Otro

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

N.º de seguro social \_\_\_\_\_

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

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

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

## MADRE O PADRE/TUTOR

Nombre(s) de padre(s) de custodia \_\_\_\_\_

El paciente vive con (*marque todo lo que corresponda*)  Madre  Padre  Madrastra  Padrastro  Abuelo/a

Nombre completo del padre \_\_\_\_\_ Tratamiento:  Sr.  Dr.  Otro \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Domicilio (*si es diferente*) \_\_\_\_\_

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

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

Nombre completo de la madre \_\_\_\_\_ Tratamiento:  Sra.  Dr.  Otro \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Domicilio (*si es diferente*) \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN GENERAL

¿Qué le preocupa de los dientes de su hijo? \_\_\_\_\_

¿Qué le preocupa a su hijo de su dientes? \_\_\_\_\_

¿Cómo se siente su hijo sobre el tratamiento de ortodoncia? \_\_\_\_\_

¿Quién sugirió que su hijo podría necesitar tratamiento de ortodoncia? \_\_\_\_\_

¿Por qué seleccionó nuestro consultorio? \_\_\_\_\_

Describa algún tratamiento o alguna consulta de ortodoncia anteriores. \_\_\_\_\_

¿Toca su hijo un instrumento musical? \_\_\_\_\_

Nombre de hermano/hermana \_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_ que tuvo tratamiento de ortodoncia  Sí  No Si la respuesta es Sí, ¿dónde?  
Nombre de hermano/hermana \_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_ que tuvo tratamiento de ortodoncia  Sí  No Si la respuesta es Sí, ¿dónde?  
Nombre de hermano/hermana \_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_ que tuvo tratamiento de ortodoncia  Sí  No Si la respuesta es Sí, ¿dónde?  
Nombre de hermano/hermana \_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_ que tuvo tratamiento de ortodoncia  Sí  No Si la respuesta es Sí, ¿dónde?  
¿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 mencionado en la página 1) \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_  
Teléfono particular ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono celular ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Dirección (direcciones) de correo electrónico \_\_\_\_\_  
N.º de seguro social \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_  
¿Quién será responsable de traer al paciente a las citas de ortodoncia? \_\_\_\_\_

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

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

**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 MÉDICOS

**Ahora o en el pasado, indique si su hijo 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.
  - Cáncer, tumores, tratamiento de radiación o quimioterapia.
  - Problemas endocrinos o de tiroides.
  - Diabetes o bajo nivel de azúcar.
  - Problemas renales.
  - 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.
  - Antecedentes de trastornos alimenticios (anorexia, bulimia).
  - Dolores de cabeza o migrañas frecuentes.
  - 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).
  - ¿Tiene su hijo una dieta bien equilibrada?
  - Problemas visuales, auditivos o del habla.
  - Resfríos e infecciones frecuentes en la garganta y los oídos.
  - Asma, problemas sinusales, fiebre del heno.
  - Afección en las amígdalas o las adenoides.
  - ¿Respira su hijo por la boca con frecuencia?
  - ¿Ha tomado su hijo alguna vez bisfosfonatos como Zometa (ácido zoledrónico, Aredia (pamidronato) o Didronel (etidronato) para trastornos óseos o cáncer de huesos?
  - ¿Ha tomado su hijo alguna vez bisfosfonatos como Fosamax (alendronato), Actonel (ridendronato), Boniva (ibandronato), Skelid (tiludronato) o Didronel (etidronato) para trastornos óseos?
  - Condiciones hereditarias o del desarrollo?

**¿Ha tenido su hijo alergias o reacciones a alguno de los siguientes elementos?**

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

## ANTECEDENTES DENTALES

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

- Sí No No sé/No entiendo
- Dientes que le salieron muy temprano o muy tarde.
  - Extracción de dientes primarios (de bebé) que no estaban flojos.
  - Extracción de dientes permanentes o supernumerarios.
  - Dientes supernumerarios o faltantes de manera congénita.
  - Dientes primarios o permanentes rotos o dañados.
  - Dientes sensibles o adoloridos.
  - Alguna tapadura (empaste) rota o perdida.
  - Fracturas, quistes o infecciones en la mandíbula.
  - Tratamientos de conducto o pulpotomías en alguno de los dientes.
  - Llagas gangrenosas frecuentes o herpes labial.
  - Antecedentes de problemas del habla o tratamientos para el habla.
  - Dificultades para respirar por la nariz.
  - El hábito de respirar por la boca o roncar de noche.
  - Antecedentes de problemas del habla.
  - Hábitos orales frecuentes (chuparse el dedo, masticar el bolígrafo, etc.).
  - Dientes que provocan irritación en los labios, las mejillas o las encías.
  - 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.
  - Tratamiento por problemas o disfunciones en la articulación temperomandibular.
  - Alguna tapadura (empaste) rota o perdida.
  - Algún problema grave asociado con un tratamiento odontológico anterior.
  - Un diagnóstico de enfermedad de las encías o piorrea.

## INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

¿Cree que alguna de las actividades de su hijo afecta su rostro, sus dientes o su mandíbula? ¿Cómo? \_\_\_\_\_

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

Medicamento \_\_\_\_\_ Tomado para \_\_\_\_\_

Medicamento \_\_\_\_\_ Tomado para \_\_\_\_\_

Medicamento \_\_\_\_\_ Tomado para \_\_\_\_\_

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

¿Tiene (o alguna vez ha tenido) su hijo un problema de drogadicción? \_\_\_\_\_

¿Masca o fuma tabaco su hijo? \_\_\_\_\_

¿Ha advertido algún cambio poco común en el rostro o la mandíbula de su hijo? \_\_\_\_\_

¿Otros problemas físicos? \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

¿Alguna vez los 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? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia se cepilla su hijo? \_\_\_\_\_ ¿Hilo dental? \_\_\_\_\_

## DIVULGACIÓN Y EXENCIÓN

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

Firma del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ 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 de cualquier cambio en la salud médica u odontológica de mi hijo.**

Firma del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## ACTUALIZACIONES O CAMBIOS EN LOS ANTECEDENTES MÉDICOS

Cambios \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del personal de odontología \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Cambios \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del personal de odontología \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Cambios \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del personal de odontología \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_