

**FORMULARIO DE HISTORIA MEDICA DENTAL
MENOR DE 18**

Fecha: _____ Escuela: _____

Nombre del paciente: _____ Género: _____
ULTIMO PRIMERO SEGUNDODirección: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Teléfono de la casa: _____ Fecha de nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____

Si el paciente es menor de edad, nombre del padre or guardián: _____

Email de paciente (correo electrónico): _____

Email de la persona responsable (correo electrónico): _____

Método del recordatorio de la cita: Email Texto: (_____) - _____ /servicio de teléfono: _____**INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE**Nombre: _____ Estado Civil: _____
ULTIMO PRIMERO SEGUNDO

Domicilio: _____

Dirección postal: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL¿Cuánto tiempo vivido en esta dirección: _____ Teléfono de Casa: _____ Teléfono del trabajo: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Celular: _____ Teléfono alternativo: _____

Dirección anterior (si es inferior a 3 años): _____

Numero de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación con el paciente: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Empleador: _____ No. años empleado: _____

Ocupación: _____ Ocupación _____

Nombre del esposo(a): _____ Relación con el Paciente: _____

Empleador del esposo(a): _____ Ocupación _____ Años empleado: _____

Seguro Social del esposo(a) #: _____ del esposo(a) Fecha de nacimiento: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____ No. de Seguro Social del Asegurado _____

Compañía de seguro: _____ Grupo #: _____ No. Local: _____

Dirección de la compañía del seguro: _____

¿Tiene cobertura doble: Sí No En caso afirmativo, continua:

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Del Seguro Social del asegurado _____

Compañía de seguro: _____ Grupo: _____ No. Local: _____

Dirección de la compañía del seguro: _____

Empleador del Asegurado: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Nombre del familiar más cercano que no viva con usted: _____

Dirección completa: _____

Teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Para las siguientes preguntas marca sí, no, o no se / entiendo (no se). Las respuestas son para los registros de la oficina solamente y serán consideradas como confidenciales. Una historia clínica detallada y completa es vital para una examinación adecuada.

Ahora o en el pasado, ha tenido

- Sí No No se Defectos de nacimiento o problemas hereditarios?
- Sí No No se Fracturas o accidentes graves?
- Sí No No se Efectos reumatoides o artríticos?
- Sí No No se Problemas de endocrino o tiroides?
- Sí No No se Problemas renales?
- Sí No No se Diabetes? En caso afirmativo, Tipo I o Tipo II?
- Sí No No se Cáncer, tumor, la radioterapia o la quimioterapia?
- Sí No No se Ulcera estomacal o acidez?
- Sí No No se Polio, mononucleosis, la tuberculosis o la neumonía?
- Sí No No se Los problemas del sistema inmunológico?
- Sí No No se SIDA o VIH positivo?
- Sí No No se Hepatitis, ictericia o problemas de hígado?
- Sí No No se Desmayos, convulsiones, epilepsia o problemas neurológicos?
- Sí No No se Alteración de la salud mental o de conducta?
- Sí No No se Visión, oído, gusto o dificultades en el habla?
- Sí No No se Pérdida de peso recientemente, falta de apetito?
- Sí No No se Historia de trastorno de la alimentación (anorexia, bulimia)?
- Sí No No se Sangrado excesivo o tendencia a moretones, anemia o trastorno de sangre?
- Sí No No se Sufre de alta o baja presión de sangre?
- Sí No No se Se cansa fácilmente?
- Sí No No se Dolor en el pecho, falta de aliento o inflamación de tobillos?
- Sí No No se Problema cardiovascular (enfermedad cardíaca, ataque cardíaco, angina de pecho, insuficiencia coronaria, arteriosclerosis, apoplejía, innata defectos cardíacos, soplo cardíaco o enfermedad cardíaca reumática)?
- Sí No No se Trastorno de la piel?
- Sí No No se Come al paciente una dieta equilibrada?
- Sí No No se Frecuentes dolores de cabeza, resfríos o dolores de garganta?
- Sí No No se Condición de los ojos, los oídos, la nariz o la garganta?
- Sí No No se Condición de amígdalas o adenoides?
- Sí No No se Fiebre del heno, el asma, la sinusitis?

Las alergias o reacciones a cualquiera de los siguientes:

- Sí No No se Látex (guantes, globos)
- Sí No No se Metales (joyas, ropa de encaje)
- Sí No No se Anestésicos locales, como la lidocaína
- Sí No No se Acrílico
- Sí No No se Medicamentos (especifique) _____
- Sí No No se Comidas (especificar) _____
- Sí No No se Otras sustancias (especificar) _____
- Sí No No se Está tomando medicamentos, suplementos nutricionales, a base de hierbas medicadas o medicamentos sin receta? En caso afirmativo, Nombre de ellos:

Medicación _____ Tomado para _____
 Medicación _____ Tomado para _____
 Sí No No se Actualmente tiene, o alguna vez ha tenido un abuso problemático de sustancias?
 Sí No No se El paciente fuma o mastica tabaco?
 Sí No No se Operaciones? Describa: _____
 Sí No No se Hospitalizado? Razon: _____
 Sí No No se Estas en tratamiento con otro profesional del cuidado de la salud? En caso afirmativo, para: _____
 Sí No No se Otros problemas físicos o síntomas?
 Describa: _____

¿Hay alguna otra condición médica (incluyendo las condiciones médicas de la familia) que debemos tener en cuenta? _____

A quien le damos las gracias por referirlo a nuestras oficinas?: _____
Nombre del dentista general: _____

Ahora o en el pasado, ha tenido:

- Sí No No se Comenzo la dentición muy temprano o tarde?
- Sí No No se Sin dientes primarios (de leche) retirados que no estaban sueltos?
- Sí No No se Extrajeron dientes permanentes (supernumerario)?
- Sí No No se Supernumerario (extra) o ausencia congénita de dientes?
- Sí No No se Astillado o víctimas de otros traumas de dientes de leche o dientes permanentes?
- Sí No No se Dientes sensibles al calor o al frío, al latido o dolor?
- Sí No No se Fracturas de mandíbula, quistes o infecciones bucales?
- Sí No No se "Dientes muertos" o tratamiento de endodoncia?
- Sí No No se Encías sangrantes, mal sabor de boca o mal aliento?
- Sí No No se Periodontales "problemas en las encías"?
- Sí No No se Impactación de alimentos entre los dientes?
- Sí No No se Inflamación de las encías, úlceras bucales frecuentes o el herpes labial?
- Sí No No se Hábito de chupar dedos? ¿Hasta qué edad? _____
- Sí No No se Hábito de deglución anómala (sacar la lengua)?
- Sí No No se Historia de los problemas del habla?
- Sí No No se Hábito de respiración de boca, el ronquido o la dificultad para respirar?
- Sí No No se Rechinamiento de dientes, clic o bloqueo de la mandíbula?
- Sí No No se Cualquier dolor en la mandíbula o zumbido en los oídos?
- Sí No No se Cualquier dolor o malestar en los músculos de la cara o alrededor de los oídos?
- Sí No No se Dificultad encontrada en la apertura de mascar o la mandíbula?
- Sí No No se Consciente de restauraciones sueltas, rotas o faltantes (empastes)?
- Sí No No se Dientes irritando la mejilla, los labios, la lengua o el paladar?
- Sí No No se Preocupado por espacios en los dientes torcidos o que sobresalen?
- Sí No No se Consciente o preocupado por mandíbula subdesarrollada o superdesarrollada?
- Sí No No se Cualquier relación con el diente similar o relaciones intermaxilares?
- Sí No No se Cualquier problema con la muela del juicio?
- Sí No No se Ha tenido tratamiento periodontal (de las encías)?
- Sí No No se Tenido problemas serios asociados con cualquier anterior tratamiento dental?
- Sí No No se Tenido alguna vez un examen de ortodoncia previa o tratamiento?
- Sí No No se Ha estado bajo el cuidado de otro dentista?
- Sí No No se Has estado bajo el cuidado de otro especialista dental?
- Sí No No se Se opondría el paciente a usar aparatos de ortodoncia (frenos) en caso de que se indicaran?

PARA CHICAS

- Sí No No se Se ha iniciado el paciente sus períodos menstruales? Si es así, cuándo? _____
- Sí No No se Estás embarazada?

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE

- Sí No No se ¿El paciente sigue bien las instrucciones?
- Sí No No se ¿El paciente se cepilla los dientes / conciencia?
- Sí No No se ¿El paciente tiene problemas de aprendizaje o es una necesidad ayuda adicional con instrucciones?
- Sí No No se El paciente es consciente de dientes?

Yo entiendo que la información que he dado de acuerdo a mi conocimiento es correcta, y que se mantendrá en la máxima estricta, confidencialidad y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio de mi estado médico de mi niño.

Firma: _____
 Fecha: _____ Fecha: _____ Fecha: _____

Firma del Doctor : _____
 Fecha: _____ Fecha: _____ Fecha: _____