



Información general del paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido Paterno Nombre 2° Nombre

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado C. P.

Teléfono de casa: _____ Celular: _____ # Seg. Social: _____

Si el paciente es menor de edad, dé el nombre de los padres o tutores: _____

¿A quién podemos agradecer por referirlo a nuestra oficina? _____

Dirección de correo electrónico: _____

INFORMACION RESPONSABLE DE LA PARTE:

Nombre: _____
Apellido Paterno Nombre 2° Nombre

Estado Civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo

Residencia: _____
Calle Ciudad Estado C. P.

Dirección postal: _____
Calle Ciudad Estado C. P.

¿Cuánto tiempo en esta dirección? _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Seg. Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Parentesco con el paciente: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____ No. Años Empleado: _____

Nombre del cónyuge: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____ No. Años Empleado: _____

INFORMACION DEL SEGURO DENTAL:

SEGURO PRIMARIO

Nombre del Asegurado: _____ #Seguridad Social del asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Compañía de Seguros: _____ Número de teléfono de la aseguradora: _____

Dirección de la aseguradora: _____ Número del grupo: _____

Empleador del asegurado: _____ ¿Tiene cobertura dual? SI / NO

SEGURO SECUNDARIO

Nombre del Asegurado: _____ # Seguridad Social del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento: _____

Compañía de Seguros: _____ Teléfono de la aseguradora: _____

Dirección de la aseguradora: _____ Número de grupo: _____

Empleador del Asegurado: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA:

Nombre del **pariente** más cercano que no vive con usted: _____

Apellido Paterno Nombre 2° Nombre

Dirección: _____

Calle

Ciudad

Estado

C. P.

Teléfono: _____ Parentesco: _____

Firma (Firma del padre si ES menor): _____ Fecha: _____

Actualización (fecha e inicial): _____ Actualización (fecha e inicial): _____ Actualización (fecha e inicial): _____

CONFIDENCIAL (para registro y evaluación pre-tratamiento)

Historia médica/dental

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Sexo: Hombre / Mujer/
Apellido Paterno Nombre 2ºNombre

Dentista: _____ Fecha de la última visita: _____ Médico: _____ Fecha de la última visita: _____

SI EL PACIENTE ES UN NIÑO

Escuela: _____ Grado: _____ Intereses y Aficiones: _____
Hermanos y hermanas:
Nombre: _____ Fecha Nacimiento: _____ Nombre: _____ Fecha Nacimiento: _____
Nombre: _____ Fecha Nacimiento: _____ Nombre: _____ Fecha Nacimiento: _____

Cada una de las siguientes preguntas debe ser contestada **Sí** o **No**, lo que describa correctamente el estado de salud presente o pasado del PACIENTE.

- ¿Tiene algún problema de salud actual o pasado? Sí No Explique: _____

 - ¿Está actualmente o estuvo previamente bajo el cuidado de un médico por cualquier razón que no haya sido enfermedades infantiles? SI / NO
Explique: _____
 - ¿Ha sido hospitalizado alguna vez? Si No Edad: _____ Por qué razón: _____
 - ¿Hay algún medicamento que tome de forma regular (incluidos sin receta)? Sí /No
Explique: _____
 - ¿Es usted alérgico o sensible a algo? Si No ¿A qué? _____
 - ¿Tiene o ha tenido alguna lesión en la cara, la boca o los dientes? Si No ¿Qué lesión?: _____
 - ¿Tiene dificultad para respirar a través de la nariz? Sí /No
Explicar: _____
 - ¿Toca algún instrumento musical con una boquilla? Sí /No
¿Cuál?: _____
 - ¿Ha tenido alguna consulta o tratamiento de ortodoncia previo? Sí /No ¿Por
quién? _____
- Tratamiento _____

¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?

Si No	Dolores de cabeza/Migrañas	Si No	Labio o uñas mordidos	Si No	Epilepsia
Si No	Hepatitis/Afectación hepática	Si No	Chupa pulgar/Edad:	Si No	Malignidades
Si No	Afectación renal	Si No	Frotar/apretar los dientes	Si No	Anemia
Si No	Presión arterial alta/baja	Si No	Problemas de la articulación de la mandíbula (TMJ)	Si No	Artritis
Si No	Diabetes/ Trastorno endocrino	Si No	Dientes extra o faltantes	Si No	Asma
Si No	SIDA o infección por VIH	Sí No	Tuberculosis	Sí No	Nerviosismo/Hiperactividad
Si No	Herpes labial/ Ampollas de fiebre	Si No	Problemas cardíacos	Sí No	Amígdalas/Adenoides
Si No	Anormalidades óseas /de colágeno	Si No	Fiebre reumática	Sí No	Problemas de audición/habla
Si No	Desmayo/Mareo/Convulsiones	Si No	Trastornos de la tiroides	Si No	Empuja/chupa la lengua
Si No	Sangrado prolongado	Si No	Mononucleosis	Si No	Respiración bucal

¿Qué preocupaciones le llevaron a nuestro consultorio y qué cambios le gustaría ver como resultado del tratamiento ortodoncia? _____

¿Qué preocupaciones le llevaron a nuestro consultorio y qué cambios le gustaría ver como resultado del tratamiento de ortodoncia? _____

¿Tiene alguna explicación o información adicional sobre cualquier enfermedad, condición o problema no mencionado anteriormente que usted piensa que nosotros debemos saber o ver como resultado del tratamiento de ortodoncia? _____

Firma (Firma del padre si ES menor): _____ Fecha: _____