



## Historial Medico

Medico \_\_\_\_\_ Fecha de última visita \_\_\_\_\_  
Dirección Completa \_\_\_\_\_ Número Telefónico (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_  
Por favor circule Si o No (en caso afirmativo, favor de dar los datos)  
Si No Está tomando algún medicamento? \_\_\_\_\_  
Si No Es usted alérgico a algún medicamento? \_\_\_\_\_  
Si No Tiene un historial de una enfermedad grave? \_\_\_\_\_  
Si No Ha tenido alguna operación? \_\_\_\_\_  
Si No Ha estado involucrado en un accidente grave? \_\_\_\_\_

Circule cualquiera de las condiciones médicas que usted ha tendió o tiene actualmente.

Sangrado anormal/hemofilia	Diabetes	Hepatitis/problema hepáticos	Neumonía
Anemia	Mareo	Herpes	Sangrado Prolongado
Artritis	Epilepsia	Hipertensión	Radiación/Quimioterapia
Asma o fiebre de heno	Trastornos gastrointestinales	VIH/ Sida	Cardiopatía congénita
Trastornos Nerviosos	Fiebre Reumática	Problemas de Corazón	Tumor/ Cáncer
Trastornos de hueso	Soplo Cardíaco	Problema de Riñón	Tuberculosis

Hay alguna condición médica no mencionada del cual usted se siente que deberíamos tener en cuenta? \_\_\_\_\_

## Historial Dental

Dentista \_\_\_\_\_ Fecha de última visita \_\_\_\_\_  
Que es lo que más le preocupa de sus dientes? \_\_\_\_\_

Si No Usted tiene algún tipo de dolor dental? \_\_\_\_\_  
Si No Alguna vez ha experimentado alguna reacción desfavorable en la odontología? \_\_\_\_\_  
Si No Alguna vez ha perdido o desbastado algún diente? \_\_\_\_\_  
Si No Se han producido lesiones en la cara, boca o los dientes? \_\_\_\_\_  
Si No Tiene alguna parte de la boca sensible a la temperatura o la presión? \_\_\_\_\_  
Si No Le sangran las encías al cepillarse? \_\_\_\_\_  
Si No Tiene alguno habito con el dedo, la lengua o cualquier otro objeto? \_\_\_\_\_  
Si No Es usted un respirador bucal? \_\_\_\_\_  
Si No Alguna vez ha visto a un ortodontista? Si es el caso, donde y cuando? \_\_\_\_\_  
Si No Rechazaría usar frenos o cualquier tipo de retenedor si es indicado? \_\_\_\_\_  
Si No Algún familiar ha recibido un tratamiento de ortodoncia? \_\_\_\_\_  
Si así fue que le pareció el resultado? \_\_\_\_\_  
Cuál es su actitud hacia recibir un tratamiento de ortodoncia? \_\_\_\_\_  
Si No Siente incomodidad en sus dientes o mandíbula al despertar? \_\_\_\_\_  
Si No Se ha percatado que le truena la mandíbula? \_\_\_\_\_  
Si No Se ha percatado que aprieta los dientes durante el día? \_\_\_\_\_  
Si No Le han dicho que le rechinan los dientes? \_\_\_\_\_  
Si No Tiene dolores de cabeza tensionales? \_\_\_\_\_  
Si No Ha experimentado zumbido crónico en los oídos? \_\_\_\_\_  
Si No Si el/la paciente es menor de 16 años, cual es la estatura de los padres? Mama \_\_\_\_\_ Papa \_\_\_\_\_  
Si No Es consciente de que algunas citas serán en horario escolar o de trabajo? \_\_\_\_\_

### SOLO PARA PACIENTES ADOLECENTES

Si No Ha notado un crecimiento acelerado recientemente? Si así es, cuando comenzó? \_\_\_\_\_

### SOLO PARA PACIENTES ADOLECENTES MASCULINOS

Si No Ha notado un cambio en su voz? Si así es, cuando comenzó? \_\_\_\_\_

### SOLO PARA PACIENTES ADOLECENTES FEMENIANAS

Si No Ha comenzado su menstruación? Si así es, cuando comenzó? \_\_\_\_\_

### SOLO PARA PACIENTES FEMENINAS

Si No Está usted embarazada? \_\_\_\_\_

## BENEFICIOS

Beneficios de la ortodoncia, la estética, la salud y la función. Ortodoncia es un servicio que proporciona una mejoría en la apariencia de los dientes. En la función general de los dientes, y de la salud dental en general. Los dientes, la encía y la mandíbula son una parte del cuerpo delicado y puede dejar de responder al tratamiento. Si no hay buen mantenimiento de limpieza puede resultar en caries dentales y en que las encías se agranden. Molestias en las articulaciones y el acortamiento de la raíz del diente que se observan en un porcentaje pequeño de los casos. Los dientes cambian a lo largo de nuestras vidas y puede haber algo de movimiento de los dientes y algo de cambio después del tratamiento. Yo he leído y entiendo este párrafo, también entiendo que mis registros de diagnóstico y mi nombre pueden ser utilizados para educación y de promoción. Yo he contestado con sinceridad a todas las preguntas anteriores y estoy de acuerdo de informar a esta oficina de cualquier cambio en mi historial médico o dental. Además autorizo al Dr. Chad Rowan para realizar una evaluación de ortodoncia completa.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_