

HISTORIAL MEDICO

Fecha de su ultima visita medica: _____

Marque Si o No. Si su respuesta es Si, proporcione detalles.

- Si ☐ No ☐ ¿Toma actualmente algun medicamento? _____
- Si ☐ No ☐ ¿Es alergico(a) a algun medicamento? _____
- Si ☐ No ☐ ¿Tiene antecedentes de alguna enfermedad grave? _____
- Si ☐ No ☐ ¿Ha tenido alguna cirugia u hospitalizacion? _____
- Si ☐ No ☐ ¿Esta actualmente bajo el cuidado de un medico? _____
- Si ☐ No ☐ ¿Ha visitado a un medico en los ultimos 12 meses? ¿Por que? _____
- Si ☐ No ☐ Para pacientes femeninas: ¿Ya comenzo la menstruacion? _____
- Si ☐ No ☐ ¿Existe la posibilidad de que este embarazada?
(Informenos si ocurre algun cambio.) _____

Marque cualquier condicion medica que tenga o haya tenido:

- | | | | |
|---|--|--|--|
| ☐ Sangrado anormal / Hemofilia | ☐ Diabetes | ☐ Hepatitis / Problemas hepaticos | ☐ Neumonia |
| ☐ Anemia | ☐ Desmayos / Mareos | ☐ Herpes | ☐ Sangrado prolongado |
| ☐ Artritis / Problemas articulares | ☐ Epilepsia / Convulsiones | ☐ Presion arterial alta | ☐ Radiacion / Quimioterapia |
| ☐ Asma o fiebre del heno | ☐ Trastornos gastrointestinales | ☐ VIH / SIDA | ☐ Fiebre reumatica |
| ☐ Trastornos oseos | ☐ Problemas cardiacos | ☐ Problemas renales | ☐ Tuberculosis |
| ☐ Defecto cardiaco congenito | ☐ Soplo cardiaco | ☐ Trastornos nerviosos | ☐ Tumor o cancer |

¿Tiene alguna otra condicion medica no mencionada? Explique: _____

HISTORIAL DENTAL

Fecha de su ultima visita dental: _____

Dentista general: _____

Telefono: _____

¿Cual es su principal inquietud sobre sus dientes? _____

- | | |
|---|---|
| Si ☐ No ☐ ¿Tiene dolor dental actualmente? | Si ☐ No ☐ ¿Ha tenido tratamiento de ortodoncia? ¿Cuando? |
| Si ☐ No ☐ ¿Ha tenido una reaccion desfavorable al tratamiento dental? | Si ☐ No ☐ ¿Alguien en su familia ha tenido ortodoncia? |
| Si ☐ No ☐ ¿Ha perdido o se ha quebrado algun diente? | Si ☐ No ☐ ¿Como describiria sus resultados? |
| Si ☐ No ☐ ¿Tiene llagas o ulceras en la boca? | Si ☐ No ☐ ¿Sus dientes o mandibulas hacen ruido? |
| Si ☐ No ☐ ¿Alguna parte de su boca es sensible a la temperatura? | Si ☐ No ☐ ¿Siente molestias en dientes o mandibulas por la manana? |
| Si ☐ No ☐ ¿Alguna parte de su boca es sensible a la presion? | Si ☐ No ☐ ¿Aprieta o rechina los dientes al abrir o cerrar la boca? |
| Si ☐ No ☐ ¿Le sangran las encias al cepillarse? | Si ☐ No ☐ ¿Es consciente de apretar o rechinar los dientes? |
| Si ☐ No ☐ ¿Tiene el habito de morder dedos, unas o lengua? | Si ☐ No ☐ ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza o cara? |
| Si ☐ No ☐ ¿Tiene el habito de respirar por la boca? | Si ☐ No ☐ ¿Tiene dolor cronico de oidos? |
| | Si ☐ No ☐ ¿Necesita ayuda adicional para seguir instrucciones? |
| | Si ☐ No ☐ ¿Considera que el paciente tiene necesidades especiales? |

Estado de padres: Madre: _____ Padre: _____

¿Faltara el paciente a la escuela por sus citas?

¿Cual es la actitud del paciente hacia el tratamiento de ortodoncia?

- ☐ Desea tratamiento ☐ El tratamiento es necesario ☐ No desea, pero acepta ☐ No coopera

BENEFICIOS Y CONSENTIMIENTO

Los beneficios de la ortodoncia incluyen una mejor apariencia, salud bucal y funcion. La ortodoncia mejora la apariencia y funcion de los dientes. Los dientes, encias y mandibulas son partes importantes del cuerpo y responden al tratamiento.

Si la higiene bucal es inadecuada, pueden ocurrir caries y enfermedad de las encias. En pocos casos puede haber molestias en articulaciones y raices. Los dientes cambian durante la vida y pueden moverse despues del tratamiento. He leído y entiendo este parrafo.

Entiendo que soy responsable del pago de los servicios proporcionados, independientemente de la cobertura del seguro.

Entiendo que mi informacion diagnostica y nombre pueden usarse con fines educativos y promocionales.

He contestado honestamente y notificare a esta oficina cualquier cambio en mi historial medico o dental.

Autorizo al Dr. Matthew Ng y/o a la Dra. Patricia Tran a realizar una evaluacion completa de ortodoncia.

Firma: _____

Fecha: _____