



Fecha: \_\_\_\_\_

### MÉDICO HISTORIAL DENTAL / para pacientes menores de 18 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Yo prefiero llamar: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M F  
Dirección del paciente: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_  
SSN #: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_  
asiste a la escuela en: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Deportes y / o aficiones: \_\_\_\_\_  
Otros miembros de la familia tratan aquí? \_\_\_\_\_  
Quién sugirió que su hijo podría necesitar aparatos ortopédicos? \_\_\_\_\_  
¿A quién podemos agradecer por referirlo a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE

Nombre de la Madre / Guardián s: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección (si es diferente a la del paciente): \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_ SSN #: \_\_\_\_\_  
Tel. Móvil: \_\_\_\_\_ compañía celular: \_\_\_\_\_  
Work #: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Nombre del padre / tutor s: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección (si es diferente a la del paciente): \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_ SSN #: \_\_\_\_\_  
Tel. Móvil: \_\_\_\_\_ compañía celular: \_\_\_\_\_  
Work #: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre de Dentista: \_\_\_\_\_ Visto Última Vez: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_  
Nombre de la oficina dental: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL SEGURO DENTAL

Nombre del titular de la póliza principal: \_\_\_\_\_  
DOB \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_ SSN #: \_\_\_\_\_  
Nombre de la aseguradora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Insurance Company Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Nombre del titular de la póliza secundario: \_\_\_\_\_  
DOB \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_ SSN #: \_\_\_\_\_  
Nombre de la aseguradora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Insurance Company Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

### HISTORIA DENTAL ahora o en el pasado, han tenido :

- sí  no Cualquier dientes removidos por alguna razón?
- sí  no Supernumerario (extra) o congenital dientes que faltan?
- sí  no Astillados o lesionadas primaria (bebé) o de los dientes permanentes?
- sí  no Hay Dientes sensibles al calor o al frío; latido dientes o dolor ?
- sí  no Fracturas de mandíbula , quistes o la boca infecciones?
- sí  no "Dientes muertos " o los canales radiculares tratadas?
- sí  no Hay problemas periodontales , sangrado de las encías, mal sabor de boca o mal aliento?
- sí  no Pulgar, dedo o chupar un hábito? Hasta la Edad\_\_\_\_\_?
- sí  no Hábito de deglución anormal (lengua empujando)?
- sí  no Historial de problemas del habla?
- sí  no Respirar por la boca hábito , ronquidos o dificultad para respirar?
- sí  no Rechinar los dientes , apretar la mandíbula o pulsando Bloqueo?

- sí  no ¿Tiene dolor en la mandíbula o zumbido en los oídos?
- sí  no Encontró dificultad en la masticación o Abertura de mandíbula?
- sí  no ¿Alguna vez ha recibido tratamiento para "TMD" o "problemas de la TMJ"?
- sí  no Consciente de flojos, rotos o Desaparecidos restauraciones (empastes)?
- sí  no Cualquier diente irritantes a la mejilla, labio, la lengua o en el paladar?
- sí  no ¿Tiene problemas de sangrado encías?
- sí  no ¿Se cepilla los dientes todos los días?
- sí  no ¿Ha tenido sus adenoides o amígdalas sido eliminado?
- sí  no Cualquier problema muelea del juicio?
- sí  no Es sensible o consciente de sí mismo paciente sobre los dientes?
- sí  no ¿Ha tenido un examen de ortodoncia previa o tratamiento?

¿Con qué frecuencia cepilla el niño? \_\_\_\_\_

Floss? \_\_\_\_\_

¿Qué le preocupa acerca de los pacientes dientes?

\_\_\_\_\_

### HISTORIA MÉDICA ahora o en el pasado , ¿has tenido:

- sí  no defecto cardíaco congénito?
- sí  no Sangrado anormal?
- sí  no reumatoide o enfermedades artríticas?
- sí  no Endocrinos o problemas de tiroides?
- sí  no Problemas renales?
- sí  no Diabetes?
- sí  no Cáncer , tumor, la radioterapia o la Quimioterapia?
- sí  no Problemas del hígado?
- sí  no Soplo cardíaco?
- sí  no Deterioro Minusvalías?
- sí  no Convulsiones / Epilepsia?
- sí  no El asma?
- sí  no Hemofilia?
- sí  no La fiebre reumática?
- sí  no Tuberculosis?

- sí  no El VIH / SIDA?
- sí  no Sangrado excesivo o moretonestendencia , anemia o trastorno hemorrágico?
- sí  no La presión arterial alta o baja?
- sí  no Polio , mononucleosis, la tuberculosis o neumonía?
- sí  no Vista, el oído, el gusto o el habla dificultades?
- sí  no Alteración de la salud mental o de comportamiento problema?
- sí  no ¿El chew paciente o el humo del tabaco?
- sí  no Operaciones o cirugías ?

Describe: \_\_\_\_\_

sí  no ¿Fue hospitalizado?

Por: \_\_\_\_\_

¿Hay alguna otra condición médica que debe tener en cuenta?

\_\_\_\_\_

### Alergias o reacciones a cualquiera de los siguientes:

- |                                 |                         |
|---------------------------------|-------------------------|
| Aspirina                        | Tylenol                 |
| Penicilina u otros antibióticos | Sulfa Drogas            |
| Látex (guantes, globos)         | Metales (bisutería)     |
| Vinilo, acrílico o Animales     | Alimentos (especificar) |
| El ibuprofeno (Motrin, Advil)   |                         |

### SOLO CHICAS

- sí  no ¿El paciente está embarazada?

He leído y entendido las preguntas anteriores. No voy a responsabilizar a mi médico tratante o cualquier miembro de su / su personal responsable de los errores u omisiones que he cometido al llenar este formulario. Si hay algún cambio posterior a este registro de la historia o el estado médico / dental, me aseguraré de informar a esta práctica. Más lejos más, doy mi consentimiento para un examen de ortodoncia y si es necesario, los registros de ortodoncia que incluyen fotos, impresiones y radiografías.

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_ (Padre o tutor)

Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha de firma: \_\_\_\_\_