

Formulario de antecedentes médicos/odontológicos para pacientes menores de 18 años

PACIENTE

Fecha _____

Apellido del paciente _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Prefiere ser llamado _____ Pasatiempos, actividades _____

Fecha de nacimiento _____ ¿Qué sexo se le asignó en su acta de nacimiento? Masculino Femenino

¿Con qué género se identifica actualmente? Masculino Femenino Otro

¿Cuáles son sus pronombres preferidos? _____

N.º de seguro social _____

Escuela _____ Grado _____ Dirección(es) de correo electrónico _____

Dirección _____ Ciudad, estado, código postal _____

Teléfono particular _____ Teléfono celular _____

MADRE O PADRE/TUTOR

Nombre del padre/madre con la custodia _____

El paciente vive con (*marque los que correspondan*) Madre Padre Madrastra Padrastro Abuelo(a)/tutor

Otro, si selecciona otro, ¿cuál es su relación con el paciente? _____

Nombre del padre/madre/tutor con la custodia _____

Ocupación _____ Dirección de correo electrónico _____

Dirección (*si es diferente*) _____

Teléfono celular (*si es diferente*) _____ Teléfono particular _____

Teléfono del lugar de trabajo _____

Nombre del padre/madre/tutor con la custodia _____

Ocupación _____ Dirección de correo electrónico _____

Dirección (*si es diferente*) _____

Teléfono celular (*si es diferente*) _____ Teléfono particular _____

Teléfono del lugar de trabajo _____

ODONTÓLOGO

Odontólogo del paciente _____ Dirección, Ciudad, Estado _____

Última visita _____ Motivo _____ Próxima cita _____

Otros dentistas/especialistas de odontología que esté tratándolo(a) actualmente: Nombre _____

Ciudad, Estado _____ Motivo _____

INFORMACIÓN GENERAL

¿Qué le preocupa de los dientes de su hijo(a)? _____

¿Qué le preocupa a su hijo(a) de su dientes? _____

¿Cómo se siente su hijo(a) sobre el tratamiento de ortodoncia? _____

¿Quién sugirió que su hijo(a) podría necesitar tratamiento de ortodoncia? _____

¿Por qué seleccionó nuestro consultorio? _____

Describe algún tratamiento o alguna cita de ortodoncia anteriores. _____

¿Toca su hijo(a) un instrumento musical? _____

Nombre de hermano(a) _____ edad _____ ¿tuvo algún tratamiento de ortodoncia? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿dónde? _____

Nombre de hermano(a) _____ edad _____ ¿tuvo algún tratamiento de ortodoncia? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿dónde? _____

Nombre de hermano(a) _____ edad _____ ¿tuvo algún tratamiento de ortodoncia? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿dónde? _____

Nombre de hermano(a) _____ edad _____ ¿tuvo algún tratamiento de ortodoncia? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿dónde? _____

¿Alguno de sus familiares ha recibido tratamiento en este consultorio? Indique sus nombres. _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

¿Quién es el responsable financiero de esta cuenta? _____

Dirección (si es diferente del de la página 1) _____ Ciudad, Estado, Código postal _____

Teléfono particular _____ Teléfono celular _____ Dirección(es) de correo electrónico _____

N.º de seguro social _____ Empleador _____

¿Quién será responsable de traer al paciente a las citas de ortodoncia? _____

SEGURO DENTAL

Nombre completo del titular primario de la póliza _____ Fecha de nacimiento _____

N.º de seguro social _____ Relación con el paciente _____

Dirección y teléfono (si no se indicaron anteriormente) _____

Empleador _____ Dirección _____

Compañía de seguros _____ N.º de grupo _____ N.º de ID _____

¿Tiene esta póliza beneficios de ortodoncia? Sí No No lo sé

Nombre completo del titular secundario de la póliza _____ Birth date _____

N.º de seguro social _____ Relación con el paciente _____

Dirección y teléfono (si no se indicaron anteriormente) _____

Empleador _____ Dirección _____

Compañía de seguros _____ N.º de grupo _____ N.º de ID _____

¿Tiene esta póliza beneficios de ortodoncia? Sí No No lo sé

SEGURO MÉDICO

Nombre completo del titular de la póliza _____

Compañía de seguros _____

MÉDICO

Médico del paciente _____ Ciudad, Estado _____

Última cita _____ Motivo _____ Próxima cita _____

Examen físico más reciente _____

Otros médicos/proveedores de atención médica que esté tratándolo(a) actualmente:

Nombre _____ Ciudad, Estado _____ Motivo _____

Nombre _____ Ciudad, Estado _____ Motivo _____

Nombre _____ Ciudad, Estado _____ Motivo _____

Sus respuestas solo son para los registros del consultorio y son confidenciales. Es fundamental tener antecedentes médicos minuciosos para completar una evaluación ortodóncica completa. Para las preguntas siguientes, marque Sí, No o No lo sé/No entiendo.

INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

¿Toma su hijo antibióticos antes de cualquier procedimiento odontológico? Sí No

¿Tiene (o alguna vez ha tenido) su hijo un problema de drogadicción? _____

¿Cree que alguna de las actividades de su hijo(a) afecta su cara, dientes o mandíbulas? ¿Cómo? _____

Incluya cualquier medicamento, suplemento nutricional, medicamento a base de hierbas o medicamento de venta libre que tome su hijo(a).

Medicamento _____ Tomado para _____

Medicamento _____ Tomado para _____

Medicamento _____ Tomado para _____

¿Su hijo(a) masca o fuma tabaco? _____

¿Ha advertido algún cambio poco común en el rostro o la mandíbula de su hijo? _____

¿Otros problemas físicos? _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

Ahora o en el pasado, indique si su hijo ha tenido:

Sí No No sé/No entiendo

Problemas emocionales, sensoriales o de desarrollo

Problemas hereditarios o condiciones de desarrollo

Fracturas o lesiones graves

Cualquier herida en el rostro, la cabeza o el cuello

Artritis o problemas en las articulaciones

Cáncer, tumores, tratamiento de radiación o quimioterapia

Problemas endocrinos o de tiroides

Diabetes o bajo nivel de azúcar

Problemas renales

Problemas del sistema inmunitario

Antecedentes de osteoporosis

Gonorrea, sífilis, herpes, enfermedades de transmisión sexual

SIDA o VIH positivo

Hepatitis, ictericia u otros problemas hepáticos

Polio, mononucleosis, tuberculosis, pulmonía

Convulsiones, desvanecimientos, problemas neurológicos

Perturbaciones mentales o depresión

Antecedentes de trastornos alimenticios (anorexia, bulimia)

Dolores de cabeza o migrañas frecuentes

Sí No No sé/No entiendo

Hipertensión o hipotensión

Sangrado excesivo o moretones, anemia

Dolor en el pecho, falta de aliento, tobillos hinchados o se cansa fácilmente

Defectos cardíacos, soplo cardíaco, enfermedad cardíaca reumática

Angina, arteriosclerosis, accidente cerebrovascular o ataque cardíaco

Trastorno de la piel (además del acné común)

¿Tiene su hijo una dieta bien equilibrada?

Problemas visuales, auditivos o del habla

Resfríos e infecciones frecuentes en la garganta y los oídos

Asma, problemas sinusales, fiebre del heno

Afección en las amígdalas o las adenoides

¿Respira su hijo(a) por la boca con frecuencia?

¿Ha tomado su hijo(a) alguna vez bisfosfonatos como Zometa (ácido zoledrónico, Aredia (pamidronato) o Didronel (etidronato) para trastornos óseos o cáncer de huesos)?

¿Ha tomado su hijo alguna vez bisfosfonatos como Fosamax (alendronato), Actonel (risedronato), Boniva (ibandronato), Skelid (tiludronato) o Didronel (etidronato) para trastornos óseos?

¿Condiciones hereditarias o del desarrollo?

ANTECEDENTES MÉDICOS continuación

¿Ha tenido su hijo(a) alergias o reacciones a alguno de los siguientes?

- Sí** **No** **No sé/No entiendo**
- Anestésicos locales (novocaína, lidocaína, xilocaína)
- Látex (guantes, globos)
- Aspirina
- Ibuprofeno (Motrin, Advil)
- Penicilina
- Otros antibióticos
- Metales (joyas, broches a presión para la ropa)
- Acrílicos
- Polen de las plantas
- Animales
- Alimentos
- Otras sustancias _____

- Alguna tapadura (empaste) rota o perdida
- Fracturas, quistes o infecciones en la mandíbula
- Tratamientos de conducto o pulpotomías (endodoncia)
- Llagas gangrenosas frecuentes o herpes labial
- Antecedentes de problemas del habla
- Dificultades para respirar por la nariz
- Antecedentes de problemas o tratamientos para el habla
- Dificultades para respirar por la nariz o roncar de noche
- Hábitos orales frecuentes (chuparse el dedo, masticar el bolígrafo, etc.
- Dientes que provocan irritación en los labios, las mejillas o encías
- Dientes que rechinan o se tensionan
- Chasquidos o bloqueo en las articulaciones de la mandíbula
- Dolor en los músculos de la mandíbula o del rostro
- Tratamiento por problemas o disfunciones en la articulación temporomandibular
- Algún problema grave asociado con un tratamiento odontológico anterior
- Un diagnóstico de enfermedad de las encías o piorrea

ANTECEDENTES DENTALES

Ahora o en el pasado, indique si su hijo(a) ha tenido:

- Sí** **No** **No sé/No entiendo**
- Dientes que le salieron muy temprano o muy tarde
- Extracción de dientes (de leche) que no estaban flojos
- Extracción de dientes permanentes o supernumerarios
- Dientes supernumerarios o faltantes de manera congénita
- Dientes primarios o permanentes rotos o dañados
- Dientes sensibles o adoloridos

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes su hijo(a)? _____ ¿Usa hilo dental? _____

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

¿Alguna vez los padres o hermanos tuvieron alguno de los siguientes problemas de salud? Si es así, explique. _____

Trastornos hemorrágicos _____ Diabetes _____ Artritis _____

Alergias graves _____ Problemas odontológicos poco comunes _____ Desequilibrio en el tamaño de la mandíbula _____

¿Otras condiciones médicas familiares? _____

DIVULGACIÓN Y EXENCIÓN

Autorizo la divulgación de la información con respecto al tratamiento de ortodoncia de mi hijo a mi compañía de seguro médico y/o dental.

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

He leído las preguntas antes mencionadas y las entiendo. No haré responsable a mi ortodoncista ni a ningún miembro de su personal de cualquier error u omisión que haya realizado al completar este formulario. Notificaré a mi ortodoncista de cualquier cambio en la salud médica u odontológica de mi hijo.

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

ACTUALIZACIONES O CAMBIOS EN LOS ANTECEDENTES MÉDICOS

Cambios _____

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

Firma del personal de odontología _____ Fecha _____

Cambios _____

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

Firma del personal de odontología _____ Fecha _____

Cambios _____

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

Firma del personal de odontología _____ Fecha _____