



Fecha _____

Nombre completo del paciente _____

Dirección _____

Teléfono de la casa _____ Fecha de nacimiento _____ N.º de seguro social _____

¿A quién debemos agradecer la recomendación de nuestro consultorio? _____

Datos sobre la persona responsable de pagar los gastos del tratamiento

Correo electrónico _____

Nombre completo _____ Estado civil: _____

Dirección física _____

Dirección postal _____

¿Cuánto tiempo lleva viviendo en este domicilio? _____ Teléfono de la casa _____ Teléfono del trabajo _____

Celular _____

Dirección anterior si ha vivido en el domicilio actual menos de tres años _____

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

Empleador _____ Ocupación _____ Cantidad de años en su empleo _____

Nombre completo del cónyuge _____ Relación con el paciente _____

Empleador _____ Ocupación _____ Cantidad de años en su empleo _____

N.º de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono del trabajo _____

Datos sobre su seguro dental

Nombre del asegurado _____ N.º de seguro social del asegurado _____

Compañía aseguradora _____ N.º de grupo _____ N.º local _____

Dirección de la compañía aseguradora _____ Teléfono _____

¿Cuenta con cobertura doble? Sí No Si respondió sí: _____

Nombre del asegurado _____ N.º de seguro social del asegurado _____

Compañía aseguradora _____ N.º de grupo _____ N.º local _____

Dirección de la compañía aseguradora _____ Teléfono _____

Datos sobre la persona con quien podemos comunicarnos en caso de urgencia

Nombre del familiar más cercano que no viva con usted _____

Dirección completa _____

Teléfono _____

Estoy consciente de que puede ser necesario obtener informes sobre mi historial crediticio.

Firma del paciente (o de unos de los padres si es menor de edad) _____

Actualización de datos (indique la fecha y ponga sus iniciales) _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

Nombre completo de su médico de cabecera _____ Fecha de la última consulta _____
Dirección _____ Teléfono _____

Encierre Sí o No en un círculo (si su respuesta es sí, especifique)

Sí No ¿Está tomando algún medicamento? _____
Sí No ¿Es usted alérgico a algún medicamento, metal o al látex? _____
Sí No ¿Padece alguna enfermedad grave? _____
Sí No ¿Ha sido sometido a algún tipo de intervención quirúrgica seria? _____
Sí No ¿Ha tenido algún accidente importante? _____

Encierre en un círculo cualquiera de las siguientes enfermedades que haya padecido o padezca en la actualidad.

Hemorragias anormales/hemofilia	Diabetes	Hepatitis/enfermedades hepáticas	Neumonía
Anemia	Vértigo (Mareos)	Herpes	Hemorragias prolongadas
Artritis	Epilepsia	Hipertensión	Radioterapia/quimioterapia
Asma o fiebre de heno	Enfermedades gastrointestinales	VIH/SIDA	Fiebre reumática
Enfermedades de los huesos	Enfermedades del corazón	Enfermedades de los riñones	Tuberculosis
Defectos cardíacos congénitos	Soplo en el corazón	Enfermedades neurológicas	Tumores/Cáncer

¿Padece de alguna enfermedad que no hayamos mencionado y de la cual debemos estar informados? _____

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

Dentista _____

¿Qué le preocupa más sobre sus dientes? _____

Sí No ¿Tiene algún dolor en los dientes? _____
Sí No ¿Alguna vez ha experimentado una reacción alérgica a algún tipo de tratamiento dental? _____
Sí No ¿Ha perdido o se ha astillado algún diente? _____
Sí No ¿Ha sufrido lesiones en el rostro, la boca o los dientes? _____
Sí No ¿Su boca es sensible a los cambios de temperatura o presión? _____
Sí No ¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes? _____
Sí No ¿Tiene el hábito de chuparse el pulgar o mantener la lengua fuera de la boca? _____
Sí No ¿Respira por la boca? _____
Sí No ¿Alguna vez ha consultado a un ortodoncista? Si su respuesta es afirmativa, indique el nombre del ortodoncista y la fecha de consulta _____
Sí No ¿Algún familiar ha recibido tratamiento ortodóntico? _____
¿Se sintió satisfecho con los resultados? _____
¿Cómo se siente en cuanto a recibir tratamiento ortodóntico? _____
Sí No ¿Siente alguna incomodidad en los dientes o huesos maxilares cuando despierta por las mañanas? _____
Sí No ¿Siente que su mandíbula produce algún ruido al abrir o cerrar la boca? _____
Sí No ¿Aprieta los dientes durante el día? _____
Sí No ¿Le han dicho en alguna ocasión que rechina (aprieta) los dientes? _____
Sí No ¿Sufre de dolores de cabeza causados por estrés? _____
Sí No ¿Sufre de zumbido de oídos en forma crónica? _____
Sí No Si el paciente es menor de 16 años, ¿cuál es la estatura de los padres? Mamá _____ Papá _____
Indique algunos de sus pasatiempos o intereses: _____
Para mujeres solamente: _____
Sí No ¿Está usted embarazada? _____

BENEFICIOS

Beneficios de la ortodoncia: estética, salud y funcionalidad. La ortodoncia es un servicio que mejora la apariencia y funcionalidad de los dientes y la salud dental en general. Los dientes, las encías y los maxilares son estructuras corporales muy complejas y es posible que no respondan al tratamiento ortodóntico. Si no se tiene una buena higiene bucal, se puede suscitar un deterioro de los dientes e inflamación de las encías. En casos aislados se han observado molestias en las articulaciones, así como un acortamiento de la longitud de las raíces de los dientes. Los dientes experimentan cambios durante toda la vida, y puede presentarse algún desplazamiento o alguna alteración de los dientes después de concluido el tratamiento. He leído y entiendo todo lo que se detalla en este párrafo y también estoy consciente de que mi expediente clínico y mi nombre pueden ser utilizados para fines educativos y promocionales. He respondido honestamente todas las preguntas anteriores y acepto informar a este consultorio sobre cualquier cambio en mi antecedente médico o dental. Además, autorizo al Dr. Mark S. Farina, D.M.D. para que me someta a una evaluación ortodóntica completa.

Firma: _____ Fecha: _____