



## SACHDEV FAMILY ORTHODONTICS

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDO: \_\_\_\_\_ INICIALES \_\_\_\_\_  
NOMBRE PREFERIDO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_  
CELULAR: \_\_\_\_\_ COMPAÑÍA DE CELULAR: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO DE CASA: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
GÉNERO: \_\_\_\_\_ RAZA: \_\_\_\_\_ IDIOMA: \_\_\_\_\_  
  
PASATIEMPOS: \_\_\_\_\_  
EMPLEO: \_\_\_\_\_

### RESPONSABILIDAD FINANCIERAS

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_ EMPLEO: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO DE CASA: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_  
  
NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_ EMPLEO: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO DE CASA: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

### PÓLIZA DE SEGURO DENTAL

NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ FECHA DE  
NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO : \_\_\_\_\_ EMPLEADOR: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: \_\_\_\_\_  
COMPAÑÍA DEL SEGURO DENTAL: \_\_\_\_\_

**¿A QUIÉN LE DEBEMOS DAR LA GRACIAS POR REFERIRLOS A NUESTRA OFICINA?** \_\_\_\_\_

## HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

DOCTOR GENERAL: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

¿CUANDO FUE SU ULTIMO EXAMEN? \_\_\_\_\_

¿USTED MASTICA O FUMA TABACO? \_\_\_\_\_

POR FAVOR ESCRIBA TODAS SUS MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_

### EN EL PRESENTE O EL PASADO, TIENES HISTORIA DE:

DESCRIBA POR FAVOR

	SÍ	NO	
¿DEFECTOS DE NACIMIENTO O PROBLEMAS HEREDITARIOS?	SÍ	NO	
¿FRACTURAS OSEAS O LESIONES MAYORES?	SÍ	NO	
¿CUALQUIER LESIÓN A LA CARA, LA CABEZA, O EL CUELLO?	SÍ	NO	
¿ARTRITIS O PROBLEMAS DE LAS COYUNTURAS?	SÍ	NO	
¿CÁNCER, TUMOR, RADIACIÓN O QUIMIOTERAPIA?	SÍ	NO	
¿PROBLEMAS DE ENDOCRINA O TIROIDES?	SÍ	NO	
¿DIABETES O PROBLEMAS DE AZÚCAR EN LA SANGRE?	SÍ	NO	
¿PROBLEMAS DE RIÑÓN?	SÍ	NO	
¿PROBLEMAS DEL SISTEMA INMUNE?	SÍ	NO	
¿OSTEOPOROSIS?	SÍ	NO	
¿GONORREA, SÍFILIS, HERPES, ETC?	SÍ	NO	
¿SIDA O VIH POSITIVO?	SÍ	NO	
¿PROBLEMAS DE LA ENFERMEDAD DEL HÍGADO?	SÍ	NO	
¿POLIO, MONONUCLEOSIS, TUBERCULOSIS O NEUMONÍA?	SÍ	NO	
¿FRACTURAS, PERDIDOS, PELIGRO, PROBLEMA NEUROLÓGICO?	SÍ	NO	
¿TRASTORNO O DEPRESIÓN DE SALUD MENTAL?	SÍ	NO	
¿HISTORIA DEL DESORDEN DE LA ALIMENTACIÓN?	SÍ	NO	
¿FRECUENTES DOLORES DE CABEZA O MIGRAÑAS?	SÍ	NO	
¿PRESIÓN ARTERIAL ALTA O BAJA?	SÍ	NO	
¿SANGRA EXCESIVAMENTE, MORADOS, O ANEMIA?	SÍ	NO	
¿DOLOR DE PECHO, FALTA DE LA RESPIRACIÓN, SE CANSA FÁCILMENTE, O TIENE TOBILLOS HINCHADOS?	SÍ	NO	
¿DEFECTOS DEL CORAZÓN, SOPLO CARDÍACO, ENFERMEDAD REUMÁTICA?	SÍ	NO	
¿ANGINA, ARTERIOSCLEROSIS, DERRAME CEREBRAL O ATAQUE DE CORAZON?	SÍ	NO	
¿TRASTORNO DE LA PIEL (OTRO QUE EL ACNÉ)?	SÍ	NO	
¿PROBLEMAS DE VISIÓN, AUDICIÓN, O DE HABLAR?	SÍ	NO	
¿INFECCIONES FRECUENTES DE OÍDOS, GARGANTA, O GRIPES FRECUENTES?	SÍ	NO	
¿ASMA, PROBLEMAS DE SINUSITIS, FIEBRE DE HENO?	SÍ	NO	
¿CONDICIÓN DE AMÍGDALA O ADENOIDEO?	SÍ	NO	
¿HAS TOMADO BISFOSFONATOS ORALES (Fosamax, Actonel, Bonica, Skelid, Didronel)?	SÍ	NO	
¿SE HAN DADO BISFOSFONATOS INTRA VENOSOS (Zometa, Aredia, Didronel)?	SÍ	NO	

### HA TENIDO EL PACIENTE ALERGIAS O REACCIONES A LOS SIGUIENTES:

DESCRIBA POR FAVOR

	SÍ	NO	
ANESTESIA LOCAL	SÍ	NO	
LÁTEX	SÍ	NO	
MEDICAMENTOS COMO ASPIRINA O IBUPROFENO (Motrin, Advil)	SÍ	NO	
PENICILINA U OTROS ANTIBIÓTICOS	SÍ	NO	
METALES (Joyería, broches de ropa, etc.)	SÍ	NO	
ACRÍLICOS	SÍ	NO	
PLANTAS	SÍ	NO	
LOS ANIMALES	SÍ	NO	
LOS ALIMENTOS	SÍ	NO	

OTROS: \_\_\_\_\_

## HISTORIA DENTAL DEL PACIENTE

DENTISTA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO : \_\_\_\_\_

PROBLEMAS DENTALES O PREOCUPACIONES: \_\_\_\_\_

¿HAS TENIDO CONSULTAS PREVIAS O TRATAMIENTO DE ORTODONCIAS?

¿TIENES ALGUNAS PREOCUPACIONES QUE DEBERÍAMOS DE SABER? \_\_\_\_\_

**EN EL PRESENTE O EL PASADO, HA TENIDO DE HISTORIA:**

DESCRIBA POR FAVOR

¿LE HAN SALIDO LOS DIENTES MUY TEMPRANO O MUY TARDE?	SÍ	NO	
¿SE HAN TENIDO QUE SACAR DIENTES PRIMARIOS (DE LECHE) QUE NO ESTABAN SUELTOS?	SÍ	NO	
¿LE HAN SACADO DIENTES PERMANENTES O DIENTES?	SÍ	NO	
¿DIENTES DEMÁS (extra) O LE FALTAN ALGUNOS DIENTES?	SÍ	NO	
¿DIENTES PRIMARIOS O PERMANENTES ROTOS O LESIONADOS?	SÍ	NO	
¿DIENTES SENSIBLES?	SÍ	NO	
¿RELLENOS PERDIDOS O ROTOS?	SÍ	NO	
¿FRACTURAS DE LA MANDÍBULA, QUISTES, O INFECCIONES?	SÍ	NO	
¿ALGÚN DIENTE TRATADO CON CANALES DE RAÍCES O PULPOTOMÍASS?	SÍ	NO	
¿ÚLCERAS BUCALES O HERPES LABIAL FRECUENTEMENTE?	SÍ	NO	
¿HISTORIA DE PROBLEMAS DEL HABLAR O TERAPIA DEL HABLAR?	SÍ	NO	
¿DIFICULTAD PARA RESPIRAR POR LA NARIZ?	SÍ	NO	
¿EL HÁBITO DE LA RESPIRACIÓN O EL RONQUIDO EN LA NOCHE?	SÍ	NO	
¿HÁBITOS ORALES FRECUENTES (CHUPARSE EL DEDO, MASTICAR BOLÍGRAFO, etc.)?	SÍ	NO	
¿DIENTES QUE CAUSAN IRRITACIÓN EN EL LABIO, LA ENCÍA, O EN EL INTERIOR DE LA MEJILLA?	SÍ	NO	
¿MUELE SUS DIENTES?	SÍ	NO	
¿HAY CLIC O BLOQUEO EN LA MANDÍBULA?	SÍ	NO	
¿DOLORIDO EN LOS MÚSCULOS DE LA MANDÍBULA O MÚSCULOS DE LA CARA?	SÍ	NO	
¿HA SIDO TRATADO POR PROBLEMAS DE "TMJ"?	SÍ	NO	
¿HA TENIDO ALGÚN PROBLEMA SERIO CON SU TRATAMIENTO DENTAL ANTES?	SÍ	NO	
¿ALGUNA VEZ HA SIDO DIAGNOSTICADO CON ALGUNA ENFERMEDAD DE LAS ENCÍAS?	SÍ	NO	

### Acuerdo de Renuncia y Exoneración de Obligaciones.

**\*\*\* Yo autorizo el comunicado de cualquier información relacionada con el tratamiento de ortodoncia mía a mi dentista general, otros especialistas dentales involucrados en el tratamiento, y mi compañía de seguro dental. \*\*\***

**\*\*\* He leído las preguntas anteriores y las entiendo. No responsabilizaré a mi ortodoncia ni a ningún miembro de su personal por los errores u omisiones que yo haya cometido al completar este formulario. Notificaré a mi ortodoncia cualquier cambio en la salud médica o dental mía. \*\*\***

Firma Del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_