



Fecha \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS/ODONTOLÓGICOS  
PARA PACIENTES ADULTOS****CONFIDENCIAL****PACIENTE**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Prefiere ser llamado \_\_\_\_\_

¿Qué sexo se le asignó en su acta de nacimiento? Masculino  Femenino  N.º de seguro social \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Estado Civil Soltero/a  Casado/a  Separado/a  Divorciado/a  Viudo/a 

Ocupación \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

**FAMILIAR MÁS CERCANO**

Nombre del cónyuge o de los familiares más cercanos \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Teléfono (si es diferente) \_\_\_\_\_

Domicilio (si es diferente) \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal \_\_\_\_\_

**ODONTÓLOGO**

Odontólogo del paciente \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal \_\_\_\_\_

Última cita \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_

**MÉDICO**

Médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal \_\_\_\_\_

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

Nombre \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN GENERAL**

¿Qué le preocupa de sus dientes? \_\_\_\_\_

¿Quién sugirió que podría necesitar tratamiento de ortodoncia? \_\_\_\_\_

¿Por qué seleccionó nuestro consultorio? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido algún tratamiento de ortodoncia anterior? Describa por favor. \_\_\_\_\_

¿Ha recibido tratamiento alguno de sus familiares en este consultorio? Indique sus nombres. \_\_\_\_\_

## RESPONSABILIDAD FINANCIERA

¿Quién es el responsable financiero de esta cuenta? \_\_\_\_\_

Domicilio (si es diferente del de la página 1) \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ N.º de seguro social \_\_\_\_\_

## SEGURO DENTAL

Nombre completo del titular primario de la póliza \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

N.º de seguro social \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ ° de grupo \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ ¿Tiene esta póliza beneficios de ortodoncia?  Sí  No  No sé

Nombre completo del titular secundario de la póliza \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

N.º de seguro social \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ N.º de grupo \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ ¿Tiene esta póliza beneficios de ortodoncia?  Sí  No  No sé

**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 sé/No entiendo.**

## ANTECEDENTES DENTALES

**Ahora o en el pasado, indique si ha tenido:**

- sí  no  no sé Extracción de dientes permanentes o supernumerarios
- sí  no  no sé Dientes supernumerarios o faltantes de manera congénita
- sí  no  no sé Dientes primarios o permanentes rotos o dañados
- sí  no  no sé Dientes sensibles o adoloridos
- sí  no  no sé Encías sangrantes, gusto desagradable u olor en la boca
- sí  no  no sé Fracturas, quistes o infecciones en la mandíbula
- sí  no  no sé Tratamientos de conducto o pulpotomías en alguno de los dientes
- sí  no  no sé "Flemones dentarios," llagas gangrenosas frecuentes o herpes labial
- sí  no  no sé Antecedentes de problemas del habla o tratamientos para el habla
- sí  no  no sé Dificultades para respirar por la nariz
- sí  no  no sé Acumulación anormal de alimentos entre los dientes
- sí  no  no sé El hábito de respirar por la boca o roncar de noche
- sí  no  no sé Hábitos orales frecuentes (chuparse el dedo, masticar el bolígrafo, etc.)
- sí  no  no sé Dientes que provocan irritación en los

sí  no  no sé

labios, las mejillas o las encías

Anormalidades al tragar anormal (protusión de la lengua)

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

Zumbidos en los oídos, dificultad para masticar o abrir la mandíbula

Tratamiento por problemas o disfunciones en la articulación temporomandibular

Alguna tapadura (empaste) rota o perdida

Algún problema grave asociado con un tratamiento odontológico anterior

Un diagnóstico de enfermedad de las encías o piorrea

Una consulta o un tratamiento de ortodoncia antes de ahora

¿Con qué frecuencia te cepillas los dientes? \_\_\_\_\_

¿Usas hilo dental? \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES MÉDICOS

### Now or in the past, have you had:

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | ¿Has tomado alguna vez bisfosfonatos como Zometa (ácido zoledrónico, Aredia (pamidronato) o Didronel (etidronato) para trastornos óseos o cáncer de huesos)?                        | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Antecedentes de trastornos alimenticios (anorexia, bulimia)                   |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | ¿Has tomado alguna vez bisfosfonatos como Fosamax (alendronato), Actonel (ridendronato), Boniva (ibandronato), Skelid (tiludronato) o Didronel (etidronato) para trastornos óseos)? | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Hipertensión o hipotensión  |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Condiciones hereditarias o del desarrollo   | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Sangrado excesivo o moretones, anemia   |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Fracturas o lesiones graves   | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Dolor en el pecho, jarta de aliento, tobillos hinchados o se cansa fácilmente |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Cualquier herida en el rostro, la cabeza o el cuello  | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Defectos cardíacos, soplo cardíaco, enfermedad cardíaca reumática             |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Artritis o problemas en las articulaciones  | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Angina, arteriosclerosis, accidente cerebrovascular o ataque cardíaco         |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Problemas endocrinos o de tiroides  | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Trastorno de la piel (además del acné común)                                  |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Diabetes o bajo nivel de azúcar   | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Una dieta bien equilibrada  |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Problemas renales   | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Dolores de cabeza o migrañas frecuentes                                       |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Cáncer, tumores, tratamiento de radiación o quimioterapia   | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Resfríos e infecciones frecuentes en la garganta y los oídos                  |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Úlcera estomacal, hiperacidez, reflujo ácido  | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Asma, problemas sinusales, fiebre del heno                                    |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Problemas del sistema inmunitario   | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Afección en las amígdalas o las adenoides                                     |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Antecedentes de osteoporosis  | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | ¿Respira por la boca con frecuencia?  |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Gonorrea, sífilis, herpes, enfermedades de transmisión sexual   | <b>¿Ha tenido alergias o reacciones a cualquiera de los siguientes elementos?</b>      |   |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | SIDA o VIH positivo   | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Anestésicos locales (novocaína, lidocaína, xilocaína)                         |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Hepatitis, ictericia u otros problemas hepáticos  | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Látex (guantes, globos)   |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Polio, mononucleosis, tuberculosis, o pulmonía?   | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Aspirina  |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Convulsiones, desvanecimientos, problemas neurológicos  | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Ibuprofeno (Motrin, Advil)  |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Perturbaciones mentales o depresión   | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Penicilina  |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Problemas visuales, auditivos o del habla   | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Otros antibióticos  |
|  |   | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Metales (joyas, broches a presión para la ropa)                               |
|  |   | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Acrílicos   |
|  |   | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Polen de las plantas  |
|  |   | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Animales  |
|  |   | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Alimentos   |
|  |   | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé | Otras sustancias _____  |

## ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

¿Alguna vez sus 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 afecciones médicos familiares? \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

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

Medicamento \_\_\_\_\_ Tomado para \_\_\_\_\_

Medicamento \_\_\_\_\_ Tomado para \_\_\_\_\_

Medicamento \_\_\_\_\_ Tomado para \_\_\_\_\_

¿Toma antibióticos antes de cualquier procedimiento odontológico?  Sí  No

¿Alguna vez ha tomado algún medicamento para fortalecer sus huesos? Describa por favor: \_\_\_\_\_

¿Tiene o alguna vez ha tenido un problema de drogadicción? Describa por favor: \_\_\_\_\_

¿Masca o fuma tabaco?  Sí  No      ¿Has fumado alguna sustancia o has vapeado?  Sí  No

En caso afirmativo, especifique \_\_\_\_\_

¿Ha advertido algún cambio en su rostro o mandíbula? \_\_\_\_\_

¿Otros problemas físicos? \_\_\_\_\_

**SOLO MUJERES:** ¿Está embarazada?  Sí  No      ¿Está intentando quedar embarazada?  Sí  No

## DIVULGACIÓN Y EXENCIÓN

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

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## ACTUALIZACIONES O CAMBIOS EN LOS ANTECEDENTES MÉDICOS

Cambios \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del personal de odontología \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Cambios \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del personal de odontología \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Cambios \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del personal de odontología \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_