

Camille VanDevanter DDS, MSD Ortodoncista
¡Bienvenidos a Nuestra Practica!
INFORMACIÓN DEL PACIENTE PARA MENORES

El Nombre del Paciente: _____ El Nombre Preferido: _____ El Sexo: Hom ____ Muj ____

La Fecha del Nacimiento: _____ La Edad: _____ ¿Adoptado?: Sí ____ No ____

Dirección de Casa: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Personal: _____

Dentista del Paciente: _____ Cuantos Años con este Dentista: _____ Teléfono del Dentista: _____

Escuela: _____ Grado _____

Historia de Chupar los pulgares: No ____ Sí ____ ¿Ha detenido el?: Sí ____ No ____ ¿Se muerde las uñas?: Sí ____ No ____

¿Hay otra familia en nuestra practica ahora?: _____

¿Han tenido atención ortodoncia los padres o los hermanos?: Sí ____ No ____

Si respondió sí, ¿cual Ortodoncista?: _____

¿Quien se refirió a ustedes a nuestra practica?: _____

Enumerar los deportes y las aficiones del paciente: _____

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

El niño vive con: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Nombre del Padre: _____ La fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Nombre del Madre: _____ La fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Soltero: ____ Casado: ____ Divorciado: ____ Viudo: ____

Dirección de Casa (si es diferente del paciente): El Padre: _____

La Madre: _____

La persona responsable de las finanzas: _____

La relación entre este persona y el paciente: _____

INFORMACIÓN DEL EMPLEO

Nombre: _____ Nombre: _____

Ocupación: _____ Ocupación: _____

Empleador: _____ Empleador: _____

Dirección de Empleo: _____ Dirección de Empleo: _____

Teléfono del Empleo: _____ Teléfono del Empleo: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre del Abonado: _____ Nombre del Abonado: _____

La relación entre este persona y el paciente: _____ La relación entre este persona y el paciente: _____

La Fecha del Nacimiento: _____ La Fecha del Nacimiento: _____ Años con el seguro

Número de seguridad social: _____ Número de seguridad social: _____

Numero del grupo: _____ Numero del grupo: _____

Teléfono del seguro: _____ Teléfono del seguro: _____

Para la oficina: Date: _____ Received by: _____

Por favor responde a las preguntas seguidos para ayudar en el proceso de tratamiento a su hijo. Toda la información que digas va a ser confidencial.

HISTORIAL MÉDICO

Nombre del Médico: _____ Dirección de Práctica: _____

Telefono: _____

Sí No

- ¿Su hijo tiene problemas de conducta que pueden prevenir el tratamiento ortodóncico? Explique: _____
- ¿Se ha diagnosticado a su hijo con trastorno por déficit de atención? Explique: _____
- ¿Hay alguna fijación oral? (Como la succión del pulgar) Explique: _____
- ¿Ha sufrido su hijo algún problema de salud? Explique: _____
- ¿Ha habido algún cambio importante en la salud de su hijo últimamente? Explique: _____
- ¿Es su hijo alérgico a algún medicamento? Listalos: _____
- ¿Ha eliminado las amígdalas o adenoides de su hijo? ¿Cuándo?: _____
- ¿Hay algún medicamento que tome su hijo? _____

Nombre: _____ El Dosis: _____ El Propósito: _____
Nombre: _____ El Dosis: _____ El Propósito: _____

Por favor, compruebe las condiciones que su hijo tiene:

¿Hay alguna otra condición o problema que debamos conocer? _____

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| Anemia <input type="checkbox"/> | Diabetes <input type="checkbox"/> | Cirugía de Corazón <input type="checkbox"/> | Fiebre Reumática..... <input type="checkbox"/> | Trastorno del Desarrollo <input type="checkbox"/> |
| Asma <input type="checkbox"/> | Problemas Emocionales <input type="checkbox"/> | Hepatitis <input type="checkbox"/> | Ansiedad o Nerviosismo <input type="checkbox"/> | Soplo Cardíaco <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad de la sangre <input type="checkbox"/> | Trastorno Endocrino <input type="checkbox"/> | Herpes <input type="checkbox"/> | Sangrado Prolongado... <input type="checkbox"/> | Trastorno del Crecimiento.... <input type="checkbox"/> |
| Bronquitis <input type="checkbox"/> | Epilepsia <input type="checkbox"/> | Urticaria <input type="checkbox"/> | Apnea del Sueño <input type="checkbox"/> | Enfermedad del Hígado..... <input type="checkbox"/> |
| Trastorno Óseo <input type="checkbox"/> | Dolores de Cabeza Frecuentes <input type="checkbox"/> | Enfermedad del Riñon... <input type="checkbox"/> | Amigdalitis <input type="checkbox"/> | Alergia al metal <input type="checkbox"/> |
| Cáncer <input type="checkbox"/> | | | | |

INFORMACIÓN PARA PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS

Porque el crecimiento puede ser un factor importante en la planificación del tratamiento ortodóncico, sus respuestas a las siguientes preguntas son necesarias para ayudar en nuestra selección de alternativas de tratamiento:

Altura del Paciente: _____ ¿Crees que ha terminado de crecer? Sí No Altura del Padre _____ de la Madre _____

Mujeres: ¿Ha alcanzado la pubertad o comenzó la menstruación? Sí: Edad _____ No

Hombres: ¿Ha alcanzado la pubertad o su voz ha cambiado? Sí: Edad _____ No

HISTORIA DENTAL

¿Con qué frecuencia su hijo va al dentista? Dos veces al año Una vez al año Sólo si hay un problema Nunca

**¿Cuál es la fecha de la última limpieza dental? _____

Por favor, compruebe si su hijo tiene antecedentes de:

- | | | |
|---|--|---|
| Apretar los dientes <input type="checkbox"/> | Dolor alrededor de la cabeza o el cuello..... <input type="checkbox"/> | Dolor de mandíbula..... <input type="checkbox"/> |
| Hacer estallar la mandíbula..... <input type="checkbox"/> | Rechinar los dientes..... <input type="checkbox"/> | Dolores de cabeza..... <input type="checkbox"/> |
| Empuje de la lengua..... <input type="checkbox"/> | Clic en la mandíbula..... <input type="checkbox"/> | zumbido en los oídos..... <input type="checkbox"/> |
| El ceceo..... <input type="checkbox"/> | Problemas del habla..... <input type="checkbox"/> | respiración por la boca..... <input type="checkbox"/> |

- ¿Hay algún cuidado inconcluso que debe ser completado con el dentista de su hijo? Explique: _____
- ¿Su hijo tiene miedo por el trabajo dental? Explique: _____
- ¿Su hijo ha tenido una experiencia desagradable con el dentista? Explique: _____
- ¿Su hijo ha tenido una lesión facial o dental? Explique: _____
- ¿Su hijo toca algún instrumento musical? Cual instrumento: _____
- ¿Su hijo se ha reunido con un ortodoncista antes? ¿Con quien? _____
- ¿Su hijo ha tenido algún tratamiento ortodóncico anterior? ¿Con quien? _____
- ¿Está satisfecho con el tratamiento previo? Explique: _____
- ¿Hay alguna otra información que debamos conocer? _____

Firma del padre o guardián _____ la fecha _____

**Una limpieza y un chequeo recientes (dentro de los últimos 6 meses) serán necesarios antes de que el tratamiento ortodóncico pueda comenzar