



Formulario de antecedentes médicos/odontológicos para pacientes adultos

PACIENTE

Fecha _____

Apellido del paciente _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Tratamiento Sr. Sra. Srta. Dr. Otro _____ Prefiero que me llamen _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo Masculino Femenino N.º de seguro social _____

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

Domicilio particular _____ Ciudad, Estado, Código postal _____

Teléfono particular () _____ - _____ Teléfono celular () _____ - _____ Teléfono laboral () _____ - _____

Dirección (direcciones) de correo electrónico _____

Ocupación _____ Empleador _____

FAMILIAR MÁS CERCANO

Nombre(s) del cónyuge o de los familiares más cercanos _____

Tratamiento Sr. Sra. Srta. Dr. Otro _____ Relación con el paciente _____

Domicilio (si es diferente del domicilio del paciente) _____

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

Teléfono laboral () _____ - _____

ODONTÓLOGO

Odontólogo del paciente _____ Dirección, Ciudad, Estado _____

Última visita _____ Motivo _____ Próxima cita _____

Otros odontólogos/especialistas odontológicos que esté visitando actualmente: Nombre _____ Ciudad, Estado _____

Motivo _____

MÉDICO

Médico del paciente _____ Ciudad, Estado _____

Última visita _____ Motivo _____ Próxima cita _____

Examen físico más reciente _____

Otros médicos/proveedores de atención médica que esté visitando 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. _____

¿Cree que alguna de sus actividades laborales o recreativas afecta sus dientes o su mandíbula? Explique por favor. _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

¿Quién es el responsable financiero de esta cuenta? _____

Domicilio (si es diferente del mencionado en la página 1) _____ Ciudad, Estado, Código postal _____

Teléfono particular () _____ - _____ Teléfono celular () _____ - _____

Dirección (direcciones) de correo electrónico _____

N.º de seguro social _____ Empleador _____

SEGURO DENTAL

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

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

Domicilio y teléfono (si no se indicaron anteriormente) _____

Empleador _____ Domicilio _____

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

¿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 _____

Domicilio y teléfono (si no se indicaron anteriormente) _____

Empleador _____ Domicilio _____

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

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

SEGURO MÉDICO

Nombre completo del titular de la póliza _____

Compañía de seguros _____

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 MÉDICOS

Ahora o en el pasado, indique si ha tenido:

- Sí No No sé/No entiendo
- Defectos de nacimiento o problemas hereditarios.
- Fracturas o lesiones graves.
- Cualquier herida en el rostro, la cabeza o el cuello.
- Artritis o problemas en las articulaciones.
- Problemas endocrinos o de tiroides.
- Diabetes o bajo nivel de azúcar.
- Problemas renales.
- Cáncer, tumores, tratamiento de radiación o quimioterapia.
- Úlcera estomacal, hiperacidez, reflujo ácido.
- 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.
- Problemas visuales, auditivos o del habla.
- Antecedentes de trastornos alimenticios (anorexia, bulimia).
- 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).
- Una dieta bien equilibrada.
- Dolores de cabeza o migrañas frecuentes.
- Resfríos e infecciones frecuentes en la garganta y los oídos.
- Asma, problemas sinusales, fiebre del heno.
- Afección en las amígdalas o las adenoides.
- ¿Respira por la boca con frecuencia?

¿Ha tenido alergias o reacciones a cualquiera de los siguientes elementos?

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

ANTECEDENTES DENTALES

Ahora o en el pasado, indique si ha tenido:

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

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 _____

¿Alguna vez ha tomado algún medicamento para fortalecer sus huesos? Describa por favor. _____

¿Toma antibióticos antes de cualquier procedimiento odontológico? _____

¿Tiene o alguna vez ha tenido un problema de drogadicción? _____

¿Masca o fuma tabaco? _____

¿Ha advertido algún cambio en su rostro o mandíbula? _____

¿Otros problemas físicos? _____

¿Con qué frecuencia se cepilla? _____ ¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? _____

Mujeres: ¿Está embarazada? Sí No

¿Está intentando quedar embarazada? Sí No

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 médicas familiares? _____

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 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 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 _____

CUESTIONARIO COMPLEMENTARIO DE SALUD

Tratamiento de ortodoncia en la era de la COVID-19

Si usted ha estado expuesto a una enfermedad transmisible, usted puede contagiar la enfermedad al ortodoncista, al personal del ortodoncista o a otros pacientes o padres en el consultorio. Por lo tanto, antes de cada cita, le haremos las siguientes preguntas para reducir las probabilidades de transmisión:

¿Usted, su hijo, otras personas que lo acompañan a la cita de hoy o cualquier otra persona con la que haya tenido contacto recientemente tiene alguno de los siguientes síntomas?

- ¿Fiebre (se define como superior a los 100.4 grados)? Sí No
- ¿ Escalofríos? Sí No
- ¿Tos? Sí No
- ¿ Dolor de Garganta? Sí No
- ¿Dificultad para respirar? Sí No
- ¿Dolor persistente muscular, presión u opresión en el pecho? Sí No
- ¿Pérdida reciente de los sabor u olfato? Sí No

¿Ha usted o su acompañante de la cita de hoy viajado fuera de su área local o fuera de los EU en los pasados 14 días? Sí No

Si contesta que si, ¿a donde viajo? _____

¿Usted, su hijo/a, otras personas que lo acompañan a la cita de hoy o cualquier otra persona con la que haya tenido contacto recientemente ha arrojado un resultado positivo para COVID-19 o se le ha diagnosticado con COVID-19 o cualquier otra enfermedad transmisible? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, proporcione las fechas aproximadas de la enfermedad

_____ hasta _____
fecha de inicio de síntomas fecha de término de síntomas

Entiendo que si la respuesta a cualquiera de estas preguntas es afirmativa, es posible que me reprogramen la cita de hoy con el ortodoncista para una fecha posterior.

Nombre del paciente

Nombre del padre, madre o tutor (si corresponde)

Relación

Firma del paciente, padre, madre o tutor

Fecha



American
Association of
Orthodontists®

Desarrollado en cooperación con AAOIC

CONSENTIMIENTO INFORMADO COMPLEMENTARIO

Tratamiento de ortodoncia en la era de la COVID-19

Muchas gracias por seguir confiando en nuestro consultorio. Al igual que con la transmisión de cualquier enfermedad contagiosa como la gripe, usted puede estar expuesto a la COVID-19, que también se conoce como “coronavirus”, en cualquier momento o en cualquier lugar. Tenga la certeza de que siempre acatamos los reglamentos estatales y federales, así como los protocolos universales recomendados de protección personal y desinfección para restringir la transmisión de todo tipo de enfermedades en nuestro consultorio y continuamos haciéndolo.

A pesar de prestar atención cuidadosa a la esterilización, desinfección y uso de barreras personales, sigue habiendo una posibilidad de que se exponga a una enfermedad en nuestro consultorio, al igual que lo que sucedería en su gimnasio, supermercado o restaurante favorito. El “distanciamiento social” en todo el país ha reducido la transmisión del coronavirus. Aunque hemos tomado medidas para que haya distanciamiento social en nuestro consultorio, debido a la naturaleza de los procedimientos que realizamos, no es posible mantener en todo momento distanciamiento social entre el paciente, ortodoncista, personal del ortodoncista y, a veces, otros pacientes.

Si bien la exposición es poco probable, ¿acepta el riesgo y nos otorga su consentimiento al tratamiento? Sí No

Nombre del paciente

Nombre del padre, madre o tutor *(si corresponde)*

Firma del paciente, padre, madre o tutor

Relación

Fecha



Desarrollado en cooperación con AAOIC



**CHATHAM
ORTHODONTICS**

Jasenna Johnson, DDS, PLLC

422 N Holly Avenue
Siler City, NC 27344
919.799.7100

www.chathamorthonc.com

Consentimiento de Radiografía Dental

Paciente: _____

Padre / Tutor Legal: _____

El uso de radiografías dentales o rayos X puede facilitar la detección de problemas dentales antes de que se produzca un daño grave en los dientes, las encías y los huesos y estructuras de soporte de usted o su hijo. Las radiografías dentales son parte del examen oral de ortodoncia integral y son necesarias para la planificación adecuada del tratamiento. Es posible que su seguro no cubra las radiografías.

Indique qué desea que hagamos:

- Puede tomar radiografías nuevas, que pueden o no estar cubiertas con mi seguro; sin embargo, sé que soy responsable de pagar las radiografías si mi compañía de seguros no paga las radiografías.
- Libero a Chatham Orthodontics de cualquier responsabilidad por todas y cada una de las condiciones que puedan estar presentes, pero que permanezcan sin diagnosticar, como resultado de mi negativa a que me tomen radiografías.

Firma del Paciente
(Padre / Tutor Legal)

Fecha