



Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

**INFORMACION GENERAL**

Direccion \_\_\_\_\_ Telefono de dia ( ) \_\_\_\_\_  
 Zip \_\_\_\_\_ de noche ( ) \_\_\_\_\_  
 Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Nombre de la Madre \_\_\_\_\_  
 Persona Responsable Financiera \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_  
 Direccion de trabajo \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_  
 Zip \_\_\_\_\_ Telefono de trabajo ( ) \_\_\_\_\_  
 Seguro Ortodontico \_\_\_\_\_  
 Dentista \_\_\_\_\_ Medico \_\_\_\_\_ Referrido por? \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MEDICO/DENTAL**

Bajo cuidado Medico  No  Si, Razon ? \_\_\_\_\_  
 Tomando medicamentos?  No  Si, Cuales? \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MEDICA:**

NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	SIDA	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Desorden Emocional	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Piezas Proteticas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desorden de la endocrina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumatica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epileptico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desorden sangriento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cargador del Virus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fumador
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deficiencia de calcio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con el habla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Venerias

**HA TENIDO EL PACIENTE EXPERIENCIA CON LO SIGUIENTE?**

NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Abnormalidades con la cabeza or el cuello (e.g., labio o paladar, etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidentes, cirugia de la cabeza o cuello
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonido de oidos, problemas al abrir y cerar boca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor facial, dolores de cabeza, cuello tiezo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de mandibula al abrir y cerar boca

de detalles:

**HABITOS:**

NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pasado Presente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mamar dedos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Empuje de la lengua
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiracion bocal o roncar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mascar labios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rapando o apretando los dientes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Goma de mascar (Chicle)

**Solo para menores y adolescentes::**

Tamano de paciente	Grande <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Pequeno <input type="checkbox"/>
Tamano de madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tamano de padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Principio de madurez	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Cuanto tiempo? _____
Hijo es	<input type="checkbox"/> Natural	<input type="checkbox"/> Adoptado?	
Erupcion de dientes :	<input type="checkbox"/> Temprano	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Tarde

**Razon por Consulta:**

Previa Consulta Ortodontica?  No  Si      Previo Tratamiento Ortodontico?  No  Si  
 Esta usted conciente de alguna tendencia hereditaria hacia el problema ? \_\_\_\_\_  
 Actitude del paciente hacia el tratamiento ortodontico:  En Favor  Indiferente  En contra  
 Espera cooperacion del paciente:  Excelente  Bueno  Mas o Menos  Malo  
 Habitos de Higene Oral:  Bueno  Mas o Menos  Malo      Come dulces:  Mucho  Mas o Menos  Poco  
 Paciente toca algun instrumento musical que use la boca? \_\_\_\_\_

He respondido a toda las preguntas lo mejor que pude

Firma \_\_\_\_\_

Relacion al Paciente \_\_\_\_\_



## RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE LA AISLAMIENTO

**\*\* Usted puede rechazar firmar este Reconocimiento\*\***

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido una copia del aviso de esta oficina de las Prácticas de la Aislamiento.

\_\_\_\_\_  
Imprima el nombre del paciente o Padre/Guardian del paciente del menor

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

### Para El Uso De la Oficina Solamente

---

Procuramos obtener el reconocimiento escrito del recibo de nuestro aviso de las prácticas de la aislamiento, pero el reconocimiento no podría ser obtenido porque:

- Individuo rechazo firmar
- Barreras de las comunicaciones nos prohibio obtener el reconocimiento
- Una situacion de emergencia nos evitó que obtuviéramos el reconocimiento
- Otro (Especifique Por favor)

---

---

---