

## RECORD DE EXAMINACIÓN DE ORTHODONCIA

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre Preferido: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Deportes/Hobbies/Intereses: \_\_\_\_\_  
Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Divorciado? \_\_\_\_\_  
Seguro Social del Paciente \_\_\_\_\_ Seguro Social de Padre/Madre \_\_\_\_\_  
Persona Responsable por la Cuenta: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo/Cell: \_\_\_\_\_  
Dentista del Paciente: \_\_\_\_\_ Por Quién fué referido: \_\_\_\_\_  
Compañía de Seguro Dental: \_\_\_\_\_ Beneficios para Orthodoncia? Si No

### HISTORIA MÉDICA

1. El paciente se presenta en buena salud? Si No  
2. El paciente tiene historial de alguna enfermedad? Si No  
Por favor explique. \_\_\_\_\_  
3. Favor de circular cualquiera de las siguientes condiciones médicas si el paciente presentaba alguna de estas:

Diabetes	Defectos de Nacimiento	Problemas de Corazón	Problemas de Huesos	Problemas de Anginas /
Adenoides	Neumonía	Tuberculosis	Problemas Endócrinos	Problemas de Riñón
Condición Mental	Cáncer	Anemia	Problemas Hemorrágicos	Neurological Disorders
Preción Alta / Baja	Fiebre Reumática	Epilepsia	Hepatitis B o VIH	Desorden Neurológico
Artritis	Asma	Mareos / Desmayos	Problemas en Sistema Inmunológico	

4. El paciente necesita se premedicado con antibiótico antes de cualquier procedimiento dental? Si No  
5. El paciente presenta resfríos, dolor de garganta o infección de oídos con frecuencia? Si No  
6. El paciente mastica o fuma tabaco? Si No  
7. El paciente ya alcanzó la pubertad? Si No  
8. Mencione cualquier alergia a medicamento y sus reacciones: \_\_\_\_\_  
9. Mencione cualquier medicamento que esté tomando: \_\_\_\_\_  
10. Hay alguna razón por el que no deberíamos de tomar radiografías? Si No

### HISTORIA DENTAL

1. Ha tenido algún accidente en su cara, boca o dientes? Si No  
2. El paciente succiona o succionaba su dedo pulgar o cualquier otro dedo?  
Si la respuesta es si, hasta que edad? \_\_\_\_\_ Si No  
3. El paciente tenía el hábito de morderse los labios o lengua? Si No  
4. El paciente respira por su boca? Si No  
5. El paciente tiene algún problema de habla? Si No  
6. El paciente tiene alguna molestia en la quijada? Si No  
7. El paciente rechina sus dientes? Si No  
8. El paciente ha consultado a un ortodoncista anteriormente? Si No  
9. Alguno de los padres o hermanos ha recibido tratamiento de ortodoncia? Si No  
10. Algun historial familiar de mandíbula prominente? Si No  
11. La última visita al dentista fue: \_\_\_\_\_. Se le tomaron radiografías? Si No

### PERFIL DEL PACIENTE

1. El paciente sigue con facilidad las instrucciones? Si No  
2. El paciente se cepilla los dientes concientemente? Si No  
3. El paciente tiene desabilidades para aprender y necesita ayuda con las instrucciones? Si No  
4. El paciente es sensible o consiente de sus dientes? Si No

Firma \_\_\_\_\_

Relación al Paciente \_\_\_\_\_