

SpeaksOrthodontics

Smile Big...Smile Often!

Fecha _____
el primer nombre _____ apellido _____ inicial del segundo nombre _____
SSN _____ Fecha de nacimiento _____ edad _____ sexo _____
direccion _____ ciudad _____ estado _____ codigo postal _____
telefono movil _____ telefono de casa _____
ocupacion _____ empleador _____

¿A quién podemos agradecer por recomendarnos? _____

¿cual es su preocupacion principal que quieres hablar con Dr. Speaks? How would you describe your attitude towards orthodontic treatment?

Información del seguro de ortodoncia

Póliza de seguro _____ Fecha de nacimiento _____
compania del seguro _____ SSN/ID _____ numero de grupo _____

Historia dental

dentista _____ nombre del oficina _____ fecha del ultima vista _____

¿Ha sido examinado / tratado por un ortodoncista anteriormente? _____

¿Cómo describirías su actitud hacia el tratamiento de ortodoncia? _____

Marque cualquiera de los siguientes si corresponde:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> lesiones en la cara, boca o dientes | <input type="checkbox"/> Apretar o moler |
| <input type="checkbox"/> Irritación en los labios, mejillas o encías | <input type="checkbox"/> Sonidos articulares de la mandíbula, dolor o dolor |
| <input type="checkbox"/> Chuparse el dedo, los dedos o los labios | <input type="checkbox"/> Zumbidos en los oídos o dificultad para masticar |
| <input type="checkbox"/> Lengua de empuje o ceceo | <input type="checkbox"/> Diagnosticado con enfermedad de las encías o piorrea |
| <input type="checkbox"/> Dificultades del habla | <input type="checkbox"/> Tratado para "TMJ" o "TMD" |
| <input type="checkbox"/> Dientes permanentes astillados o lesionados | <input type="checkbox"/> Dificultad previa con tratamiento dental |
| <input type="checkbox"/> Dientes perdidos o extra permanentes | |
| <input type="checkbox"/> Dientes extraídos por extracción | |

Motivación de tratamiento

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enderezar los dientes | <input type="checkbox"/> Los dientes inferiores y las encías muestran demasiado |
| <input type="checkbox"/> Mover los dientes superiores | <input type="checkbox"/> Mover el labio superior |
| <input type="checkbox"/> Mover los dientes inferiores | <input type="checkbox"/> Mover el labio inferior |
| <input type="checkbox"/> Mover la línea media de los dientes superiores | <input type="checkbox"/> Mover la mandíbula superior |
| <input type="checkbox"/> Mover la línea media de los dientes inferiores | <input type="checkbox"/> Mover la mandíbula inferior |
| <input type="checkbox"/> Los dientes superiores y las encías muestran demasiado | <input type="checkbox"/> Mover la barbilla al centro |

Otros cambios deseados: _____

Problemas de sueño / vías aéreas

¿Tiendes a respirar por la boca? si no

¿Te despiertas aún cansado por la mañana? si no

¿A menudo estás cansado durante el día? si no

¿Alguien te ha observado dejar de respirar? si no

¿Sueles roncar por la noche? si no

Historial médico

facultativo _____ telefono _____

Medicamento que se está tomando actualmente _____

Alergias al látex: si no

Alergias a medicamentos _____

Otras alergias _____

Hospitalizaciones _____

¿Embarazada o anticipando el embarazo? si no

Marque cualquiera de los siguientes si corresponde:

Sangrado anormal

Anemia

Condiciones artríticas /
reumatoides

Articulaciones artificiales /
válvulas / implantes

Asma / problemas
respiratorios

TDAH / problemas sensoriales

Defectos de nacimiento /
problemas hereditarios

Problemas cardiovasculares

Cáncer / tumor

Dolor en el pecho, falta de
aliento

Diabetes

Mareos / desmayos

Enfermedad del oído / nariz /
garganta / ojos

Desorden alimenticio

Problemas endocrinos /
tiroideos

Epilepsia

Dolores de cabeza frecuentes
o migrañas

Trastorno gastrointestinal

Soplo cardíaco

Hepatitis / problemas
hepáticos

Herpes

Alta presión sanguínea

HIV / AIDS

Problemas del sistema
inmunitario

Problemas de riñon

Problemas mentales /
emocionales

Trastornos del sistema
nervioso

Osteoporosis

Radiación / quimioterapia

Trastornos reumatoides

Apnea del sueño

Tuberculosis

Problemas de visión / audición

Otro _____

Lanzamiento y renuncia

He leído y entiendo las preguntas anteriores. No responsabilizaré al ortodoncista ni a ningún miembro de su personal por los errores u omisiones que haya cometido al completar este formulario. Es mi responsabilidad informar a esta práctica sobre cualquier cambio en mi estado médico. Autorizo al personal dental a realizar el servicio dental necesario que pueda necesitar.

Firma _____ Fecha _____

He leído una copia del Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina. Si desea una copia para sus registros, solicítela.

Firma _____ Fecha _____