



## IDALIA LASTRA, D.M.D.

### INFORMACIÓN DE PACIENTE ADULTO

¡Bienvenidos a nuestra oficina! Necesitamos información para nuestros registros con el fin de brindarle un mejor servicio. Por favor trate de contestar todas las preguntas y si necesita asistencia pida ayuda a uno de nuestros miembros de personal. ¡Gracias!

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre de paciente \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ S.S. # \_\_\_\_\_  
*Primer nombre Apellido*

Apodo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Cumpleaños (mes) \_\_\_\_\_ (día) \_\_\_\_\_ (año) \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Dirección de casa \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Celular (móvil) \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Dirección de negocio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ ¿Hijos? \_\_\_\_\_

Enviar declaración a nombre de: \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_ S.S. # \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ ¿A quien podemos darle gracias por decirle de nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Dentista \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Ultima visita \_\_\_\_\_

¿Ha visitado alguna vez un ortodoncista? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Ha tenido alguna vez frenillos? \_\_\_\_\_

Ortodoncista \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

¿Cuanto tiempo estuvo en tratamiento? \_\_\_\_\_ ¿Su seguro cubre tratamiento de ortodoncia? \_\_\_\_\_

Compañía de seguro \_\_\_\_\_

¿Por qué nos visita hoy? \_\_\_\_\_

¿Qué le gustaría cambiar de sus dientes? \_\_\_\_\_

¿Qué crees que puedo haber causado estos problemas? \_\_\_\_\_

¿Cómo se siente acerca de usar frenillos? \_\_\_\_\_

¿Hay miembros de su familia con una condición de ortodoncia similar? \_\_\_\_\_

¿Algún miembro de su familia a usado aparatos/frenillos? \_\_\_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Algunos hábitos de higiene bucal? chuparse el dedo \_\_\_\_\_ habito de lengua \_\_\_\_\_ morder las uñas, labios o lápiz \_\_\_\_\_

respirar a través de la boca \_\_\_\_\_ rechinar de dientes \_\_\_\_\_ apretar la mordida \_\_\_\_\_

¿Síntomas en las articulaciones temporomandibulares? dolor de cabeza \_\_\_\_\_ chasquido \_\_\_\_\_ problemas abriendo la boca \_\_\_\_\_

dolor \_\_\_\_\_ apertura limitada de la boca \_\_\_\_\_ mareos \_\_\_\_\_ otro \_\_\_\_\_

**Historial Médico** Médico \_\_\_\_\_ estado general de salud \_\_\_\_\_

¿Antecedentes de?: alergia \_\_\_\_\_ artritis \_\_\_\_\_ asma \_\_\_\_\_ anemia \_\_\_\_\_ enfermedad de la sangre \_\_\_\_\_ convulsiones \_\_\_\_\_

defectos congénitos \_\_\_\_\_ diabetes \_\_\_\_\_ epilepsia \_\_\_\_\_ glándulas (endocrinas) \_\_\_\_\_ corazón \_\_\_\_\_ soplo en el corazón \_\_\_\_\_

hepatitis \_\_\_\_\_ ictericia \_\_\_\_\_ riñones \_\_\_\_\_ hígado \_\_\_\_\_ enfermedades pulmonares \_\_\_\_\_ fiebre reumática \_\_\_\_\_

senos paranasales \_\_\_\_\_ tuberculosis \_\_\_\_\_ HIV \_\_\_\_\_ SIDA \_\_\_\_\_ ¿Embarazo? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema no mencionado anteriormente que debemos saber? \_\_\_\_\_

¿Que medicamentos está tomando? \_\_\_\_\_ ¿Operaciones? \_\_\_\_\_

¿Dolor de diente? \_\_\_\_\_ ¿Dientes fracturados? \_\_\_\_\_ ¿Problemas del habla? \_\_\_\_\_ ¿Sangrado de las encías? \_\_\_\_\_

¿Algunas lesiones en la cara, la cabeza, o en los dientes? \_\_\_\_\_ ¿Alguna mala experiencia dental? \_\_\_\_\_

¿Pasatiempos/intereses especiales? \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_