



IDALIA LASTRA, D.M.D.

INFORMACIÓN DE PACIENTE (MENOR DE EDAD)

¡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) _____ Escuela _____ Grado _____

Dirección de casa _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono (casa) _____ Celular (móvil) _____ E-mail _____

¿Nombre de la persona responsable por traer el paciente a sus citas? _____ Relación al paciente: _____

Ocupación _____ Empleador _____ Teléfono del trabajo _____

Dirección de negocio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Persona responsable por esta cuenta _____ Relación al paciente: _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono (casa) _____ Celular (móvil) _____ E-mail _____

Ocupación _____ Empleador _____ Teléfono del trabajo _____

S.S. # _____ ¿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 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 _____ ¿Problemas del habla? _____

¿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? _____

Número de hermanos _____ Edades _____ Número de hermanas _____ Edades _____

Pubertad: Niñas ¿Ha comenzado la menstruación? _____ ¿Cuándo? _____ Niños: ¿Ha cambiado la voz? _____ ¿Cuándo? _____

¿Pasatiempos? _____ ¿Clases de música? _____ ¿Deportes? _____

Firma _____ Relación al paciente: _____