



**Edgar Mendieta, DDS | Ortodoncista**

Especialista de Ortodoncia para Niños y Adultos

3079 W. Broad St. Suite 6 Columbus, OH 43204

614 279-6481 | Fax 614 279-0199

[www.OrtodonciaMendieta.com](http://www.OrtodonciaMendieta.com)

**Informacion del Estado de Salud de su Nino(a) para Ortodoncia**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: H M

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Grado: <sup>Calle</sup> \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Nombre(s) y las edades de otros niños en su familia: \_\_\_\_\_

¿A quien podemos agradecer por referirle? \_\_\_\_\_

¿Dentista del paciente? \_\_\_\_\_ Fecha del último examen: \_\_\_\_\_

¿Médico del Paciente?: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen: \_\_\_\_\_

¿Quién tiene la custodia legal de este niño? \_\_\_\_\_

**Información del Padre/Tutor Legal**

**Estado civil de los padres:** Casado Divorciado Separado Viudo Soltero

**Madre Madrastra Guardián**

Nombre: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ Sexo: H M

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Celular/Otro Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Licencia de conducir: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Años en su trabajo \_\_\_\_\_

Seguro Dental: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Cobertura de ortodoncia: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Compania \_\_\_\_\_ Política # \_\_\_\_\_ Tel.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Padre Padrastro Guardián**

Nombre: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ Sexo: H M

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Celular/Otro Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Licencia de conducir: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Años en su trabajo \_\_\_\_\_

Seguro Dental: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Cobertura de ortodoncia: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Compania \_\_\_\_\_ Política # \_\_\_\_\_ Tel.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular/Otro Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

## Historia de Salud del Paciente

**Si No** ¿Está de buena salud? Si no, explique: \_\_\_\_\_

**Si No** ¿Tiene antecedentes de enfermedad grave? \_\_\_\_\_

**Si No** ¿Esta alérgico a algún medicamento o comida o otros? \_\_\_\_\_

**Si No** ¿Está tomando algún medicamento? (Por ejemplo, bis-fosfonatos) \_\_\_\_\_

**Si No** ¿Está actualmente bajo cuidado de un médico? \_\_\_\_\_

**Si No** ¿Ha sufrido alguna lesión en la cara, boca, dientes o la barbilla? \_\_\_\_\_

### El Paciente ha sido Diagnosticado o Tratado por Alguna de las Siguietes?

<b>Si No</b> Sangrado anormal	<b>S N</b> Paladar/Labio Hendido	<b>S N</b> Hepatitis, Tipo _____	<b>S N</b> Embarazada
<b>S N</b> SIDA /VIH+	<b>S N</b> Diabetes	<b>S N</b> Hemofilia, Tipo _____	<b>S N</b> Anemia
<b>S N</b> Epilepsia/Convulsiones	<b>S N</b> Urticaria	<b>S N</b> Ictericia amarilla	<b>S N</b> Discapacidad
<b>S N</b> Problemas de riñón	<b>S N</b> Tuberculosis (TB)	<b>S N</b> Asma	<b>S N</b> Sangre Transfusión
<b>S N</b> Enfermedad del corazón	<b>S N</b> Fiebre Reumática	<b>S N</b> Obstrucción nasal	<b>S N</b> Cáncer
<b>S N</b> Parálisis Cerebral	<b>S N</b> Soplo en el corazón	<b>S N</b> enfermedad de la artritis reumatoide	
<b>S N</b> Eliminada amígdalas	<b>S N</b> Alta/Baja presión de sangre	<b>S N</b> Cualquier Estadías en el Hospital/Cirugía	
<b>S N</b> Problemas de hígado	<b>S N</b> Problemas de Auditivas/hablar	<b>S N</b> Problemas Neurológicos	
<b>S N</b> Anemia de células falciformes	<b>S N</b> Problemas estomacales/intestinales		

Por favor, explique de lo anterior y cualquier otro problema médico que el paciente tiene/tuvo: \_\_\_\_\_

## Historia Dental del Paciente

¿Cuáles son las principales preocupaciones que le gustaría llevar a cabo la ortodoncia? \_\_\_\_\_

**Si No** ¿Ha sido consultado a un ortodoncista antes? \_\_\_\_\_ Nombre del ortodoncista y la fecha? \_\_\_\_\_

**Sí No** Hábito de chupar el dedo? \_\_\_\_\_ **S N** Chupar/morder los labios? \_\_\_\_\_ **S N** Morderse las uñas? \_\_\_\_\_

**Si No** ¿Le truena o tiene dolor en las articulaciones de la mandíbula? \_\_\_\_\_

**Si No** ¿Tiene dolores de cabeza de la mandíbula, se le bloquea la mandíbula, cansancio de las mandíbulas, o tiene apertura limitada de la mandíbula? \_\_\_\_\_

**Si No** ¿El paciente apreta o rechinar sus dientes? \_\_\_\_\_

**Sí No** ¿Alguno de los familiares del paciente tenía un tratamiento de ortodoncia? \_\_\_\_\_

**Si No** ¿El paciente sigue con el crecimiento activo? \_\_\_\_\_

**Si No** ¿ El paciente se cepilla los dientes diariamente? \_\_\_\_\_ **Sí No** ¿Usa el hilo dental todos los días? \_\_\_\_\_

Entiendo que la información que he puesto es correcta a lo mejor de mi conocimiento, que se quedará en la más estricta de las confidencias y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado de salud. Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con las reclamaciones de seguros. Doy consentimiento para el examen por el médico y yo autorizo el pago de los beneficios del seguro a la oficina. Yo soy responsable de todos los gastos no cubiertos por el seguro. Entiendo que en cualquier caso, la oficina puede obtener informes de mi crédito.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

\*\*\* PARA USO OFICIAL SOLAMENTE \*\*\*

Class & description \_\_\_\_\_ Midline: \_\_\_\_\_ Hyg: \_\_\_\_\_

Recommendations \_\_\_\_\_

Est. Fee: \_\_\_\_\_ Considerations: \_\_\_\_\_