

INFORMACION PERSONAL

Nombre _____ Fecha _____

Sexo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Status: Soltera (o) Casada (o) Divorciada (o) Viuda (o)

Si casada (O), nombre del cónyuge: _____

Ocupación del cónyuge: _____

Dirección Residencial: _____

Tel: _____

Dirección Postal: _____ Zip Code: _____

Ocupación: _____

Dirección del trabajo: _____

Cel. _____ Tel: _____ Correo electrónico _____

Persona responsable de esta cuenta: _____

¿Tienes algún plan médico que le cubra beneficio de ortodoncia? _____

Dentista personal y dirección: _____

Médico personal y dirección: _____

Referida (o) a esta oficina por: _____

Como supo de nosotros: Internet Facebook Google Amigos

MEDICO Y DENTAL

| | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Está usted actualmente bajo tratamiento médico?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Está usted recibiendo algún medicamento?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Cuál? _____ | | |
| 3. ¿Has padecido usted de fiebre reumática, epilepsia, diabetes, enfermedades del riñón, corazón, pulmones o hígado?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Sufre usted de cualquier otra enfermedad o condición no antes mencionada?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Cuál? _____ | | |
| 5. ¿Ha tenido reacción alguna droga?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Cuál? _____ | | |
| 6. ¿Ha sufrido usted alguna operación?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Cuál? _____ | | |
| 7. ¿Ha tenido usted hijos?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Cuántos? _____ Edades: _____ | | |
| 8. ¿Acostumbra visitar su dentista regularmente?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Fecha de su último examen dental? _____ | | |
| 10. ¿Se le ha hecho alguna extracción de dientes o muelas?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tuvo complicaciones? ¿Cuáles? _____ | | |
| 11. ¿Le sangran las encías fácilmente?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Ha recibido tratamiento de las encías alguna vez?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Usa usted alguna prótesis dental (puente o dentadura)?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 14. ¿Ha recibido usted algún golpe en los dientes o quijadas?.....
- 15. ¿Acostumbra usted cepillarse los dientes, por la mañana, después de las comidas y al acostarse?.....
- 16. ¿Mastica goma de mascar (chiclets)?.....
- 17. ¿Bebe refrescos gaseosos?.....
- 18. ¿Come usted muchos dulces?.....
- 19. ¿Se ha chupado el dedo?.....
- Se lo ha chupado al presente?.....
- 20. ¿Usó bobo?.....
- 21. ¿Se come las uñas?.....
- 22. ¿Tiene el hábito de introducir objetos extraños en su boca?.....
- 23. ¿Cruje los dientes mientras duerme?.....
- 24. ¿Respira por la boca mientras duerme?.....
- 25. ¿Ronca mientras duerme?.....
- 26. ¿Ha sido operado de amígdalas y/o adenoídes?.....
- 27. ¿Amanece usted con dolor en sus quijadas al levantarse por la mañana?.....
- 28. ¿Le suena o le duele la mandíbula cuando abre bien grande su boca?.....
- 29. ¿Se le ha dislocado su mandíbula alguna vez?.....
- 30. ¿Ha sufrido de espasmos musculares de los músculos de la cara, cuello o cabeza?.....
- 31. ¿Está consciente de la apariencia de sus dientes?.....
- 32. ¿Ha sido usted embromada (o) por la apariencia de sus dientes?.....
- 33. ¿Ha tenido alguna consulta o tratamiento ortodóntico anteriormente?.....
- 34. ¿Quién fué el primero que notó su necesidad de tratamiento de ortodoncia?.....

- 35. ¿Desea usted corregir la apariencia de sus dientes?.....
- 36. ¿Está usted consciente de que la edad no es problema para poder recibir tratamiento de ortodoncia?.....
- 37. ¿En sus propias palabras describa qué es lo más le preocupa de su dentadura?.....
