

## 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?..... ¿Cuál? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?..... ¿Cuál? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha tenido reacción alguna droga?..... ¿Cuál? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha sufrido usted alguna operación?..... ¿Cuál? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha tenido usted hijos?..... ¿Cuántos? _____ Edades: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?..... ¿Tuvo complicaciones? ¿Cuáles? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?.....

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---