

Historia medico e información de adulto

Por favor, conteste las preguntas completamente según su conocimiento. Esta información esta protegida sobre HIPAA.

Nombre completo: _____ Nombre preferido: _____

Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Años: _____ Altura: _____ Peso: _____

Dirección: _____ Zip: _____

Mobile: _____ Telé. otro: _____ Email: _____

Método preferido de contacto (favor de marcar): Email Texto Mobile Otro

Herencia étnica: _____ Ocupación: _____

Nombre del empleador: _____

Persona responsable por la cuenta (si es diferente): _____ Relación: _____

Dirección (si es diferente): _____

Mobile: _____ Telé. otro: _____ Email: _____

Compañía de seguro dental: _____ Número de grupo: _____

Nombre del asegurado: _____ Número de seguro social: _____

Mas información del seguro dental: _____

Contacto de emergencia: _____

Mobile: _____ Telé. otro: _____ Email: _____

Dentista general: _____ Teléfono: _____

Fecha del último examen dental: _____ Has tenido caries, extracciones o dolor de dientes: S o N

Médico: _____ Teléfono: _____

Las condiciones médicas: _____

Los medicamentos: _____

Visitas al medico de emergencia: _____

Lista de cirugías: _____

Lista de alergias (medicina , alimentos , metales , en general): _____

Cualquier otras condiciones médicas adicionales: _____

La preocupación principal de ortodoncia: _____

¿Ha tenido una consulta de ortodoncia anterior? S o N Con quien? _____

¿Ha tenido una radiografía panorámica (rayos-X) utilizado recientemente (últimos 6 meses)? S o N o No sé

¿Cómo se entero de nuestra oficina ? _____

¿Alguien de la familia ha tenido un tratamiento de ortodoncia? ¿Quien? _____

Cualquier historia de la siguiente (S or N):

Uso de protector bucal nocturno:	S o N	Han rotos empastes o dientes:	S o N
Se mete la comida entre los dientes:	S o N	Irritan los dientes a las encías/mejillas :	S o N
Chuparse el dedo después de cinco años:	S o N	El uso del chupón después de cinco años:	S o N
Dolor en la articulación de la mandíbula:	S o N	La ansiedad dental:	S o N
Inseguro acerca de los dientes:	S o N	Ronquidos:	S o N
Respiración principalmente por la boca:	S o N	Terapia del lenguaje:	S o N
La somnolencia o cansancio excesiva :	S o N	Morderse las uñas o la mejilla:	S o N
Empuje lingual:	S o N	La depresión, la ansiedad o el bipolar:	S o N
Anorexia or bulimia:	S o N	El uso de tabaco o marihuana:	S o N

¿Hay otros problemas dentales, médicos o sociales que no han sido clarificado y deben ser identificados: S o N

Describe: _____

He completado esta forma a lo mejor de mi conocimiento y no retenido ningún historial médico o dental. Debería haber un cambio o desarrollo en la historia médica o dental haré Dr. Schofield cuenta tan pronto como sea posible .

Firma: _____ Fecha: _____