

questionario NP español

El día de hoy: _____

Escaneado: _____

*****PACIENTES MENORES DE 18*****

(If over 18 please skip to next section)

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:	Género:
Apodo:	Colegio:		
Dirección:		Estado de la Ciudad:	Cremallera:

Padre o tutor: **** Complete la siguiente sección ****

***** PACIENTES MAYORES DE 18 O información de padres / tutores *****

Nombre:		Fecha de nacimiento:	Género:
Dirección:		Estado de la Ciudad	Cremallera:
Mejor teléfono (C□, H□, W□):	Otro teléfono (C□, H□, W□):	Dirección de correo electrónico:	
Empleador:		Ocupación:	
Nombre de la esposa:	Mejor teléfono (C□, H□, W□):	Relación con el paciente:	
Empleador:		Ocupación:	
<i>¿A quién podemos agradecerle por referirlo a nuestra oficina?</i>		<i>Otros miembros de la familia vistos por nosotros?</i>	

Otros hermanos que no se ven actualmente por Evans Orthodontics (nombre y edad)?

Información de la Parte Responsable Financiera (si es diferente de Padre o Tutor)

Nombre:		Años:	Fecha de nacimiento:	Género:
Dirección:		Estado de la Ciudad		Cremallera:
Mejor teléfono (C□, H□, W□):	Otro teléfono (C□, H□, W□):	Email:		
Empleador:		Ocupación:		

Información de seguro dental o proporcionar tarjeta de seguro

Nombre del asegurado:		Fecha de nacimiento:		
Empleador:		Ocupación:		
Compañía de seguros:		SS #:		
Número de teléfono de la compañía de seguros:		Identificación de miembro#:		
Dirección de la compañía de seguros:		Ciudad:	Estado:	Cremallera:

Información de emergencia

Nombre:		Relación:		
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Cremallera:
Mejor teléfono (C□, H□, W□):		Teléfono alternativo (C□, H□, W□):		

HISTORIAL MÉDICO

Médico _____

Marque Sí o No (si la respuesta es Sí, complete los detalles)

si no ¿Estás tomando alguna medicación? _____

si no ¿Es usted alérgico a algún medicamento? _____

si no ¿Eres alérgico al látex o al metal? _____

si no ¿Tienes un historial de una enfermedad importante? _____

si no ¿Han tenido alguna operación importante? _____

si no ¿Ha habido alguna lesión en la cara, la boca, los dientes o la barbilla? _____

si no ¿Alguna vez has estado involucrado en un accidente grave? _____

si no ¿Alguna vez has fumado o masticado tabaco? _____

si no ¿Has visto a un médico en los últimos 12 meses? ¿Por qué? _____

PACIENTES FEMENINOS SOLAMENTE

si no ¿Estas embarazada?

si no ¿Ha comenzado la menstruación? Fecha de tu último ciclo? _____

CIRCLE cualquiera de las siguientes condiciones médicas que haya tenido o que tenga actualmente:

Sangrado anormal / Hemofilia	Diabetes	Hepatitis / Problemas del hígado	Neumonía
Anemia	Mareo	Herpes	Sangrado prolongado
Artritis	Epilepsia	Alta presión sanguínea	Radiación / Quimioterapia
Asma o fiebre del heno	Desórdenes gastrointestinales	VIH / SIDA	Fiebre reumática
Trastornos óseos	Problemas del corazón	Problemas de riñón	Tuberculosis
Defecto cardíaco congénito	Soplo cardíaco	Trastornos nerviosos	Tumor or Cancer

¿Hay alguna condición médica que no hayamos discutido de la que piense que debemos estar conscientes?

HISTORIA DENTAL

Dentista: _____

Fecha de la última visita: ____/____/_____

¿Qué te preocupa más acerca de tus dientes? _____

si no ¿Estás actualmente en algún dolor dental? Explique: _____

si no ¿Alguna vez ha experimentado alguna reacción desfavorable a la odontología? Explique: _____

si no ¿Alguna vez has perdido o roto algún diente?

si no ¿Alguna parte de tu boca es sensible a la temperatura o la presión?

si no ¿Tus encías sangran cuando te cepillas?

si no ¿Tienes algún tipo de hábito de pulgar o lengua?

si no ¿Se muerde las uñas o tiene empuje con la lengua?

si no ¿Eres un respirador de boca?

si no ¿Le han extirpado sus amígdalas o adenoides?

si no ¿Alguna vez has visto a un ortodoncista? Si es así, ¿quién y cuándo? _____

¿Cómo se sintieron sobre el resultado? _____

¿Cuál es su actitud hacia recibir tratamiento de ortodoncia? _____

si no ¿Se opondría a usar aparatos de ortodoncia (aparatos ortopédicos)?

si no ¿Alguien en su familia recibió tratamiento de ortodoncia? Si es así, ¿quién? _____

si no ¿Alguna vez te sientes incómodo con los dientes o la mandíbula cuando te despiertas por la mañana? _____

si no ¿Estás al tanto de tu mandíbula haciendo clic o haciendo estallar? Explique: _____

si no ¿Estás consciente de apretar los dientes durante el día?

si no ¿Alguna vez le han dicho que rechina los dientes?

si no ¿Tienes dolores de cabeza de "tensión"?

si no ¿Alguna vez has experimentado un zumbido crónico en tus oídos?

si no ¿Sabe usted que habrá algunas citas durante el horario escolar / laboral?

¿Estás contento con la apariencia de tu sonrisa? _____ si _____ no

BENEFICIOS DE LA ORTODONCIA

Beneficios de la ortodoncia: estética, salud y función. La ortodoncia es un servicio que proporciona una mejora en la apariencia de los dientes y, en general, en la salud dental. Los dientes, las encías y las mandíbulas son una parte compleja del cuerpo y pueden no responder al tratamiento. Si no se practica una buena higiene oral, se pueden producir caries y encías agrandadas. Se observan molestias articulares y acortamiento de la raíz en un pequeño porcentaje de casos. Los dientes cambian durante toda nuestra vida y puede haber algún movimiento de los dientes y algunos cambios después del tratamiento.

He leído y entiendo este párrafo; También entiendo que mis registros de diagnóstico y mi nombre pueden ser utilizados con fines educativos y promocionales. He respondido con sinceridad todas las preguntas anteriores y acepto informar a esta oficina sobre cualquier cambio en mi historial médico o dental. Además, autorizo al Dr. Evans a realizar una evaluación de ortodoncia completa.

Firma: _____

Fecha: _____