

## Antecedentes clínicos de ortodoncia/Perfil de

**Nombre del paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_

Para las siguientes preguntas, marque sí, no, no sabe/no comprende (ns/c). Las respuestas son solo para los registros del consultorio y se consideran confidenciales. Es indispensable un historial completo y a fondo para una evaluación de ortodoncia adecuada.

### PERFIL DEL PACIENTE

- \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿El paciente sigue bien instrucciones?  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿Se cepilla los dientes 2x al día?  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿Tiene discapacidad de aprendizaje o necesita ayuda adicional con instrucciones?  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿Es sensible o inseguro de sí mismo?

### ANTECEDENTES MÉDICOS:

- \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿Defectos congénitos o problemas hereditarios?  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿Fracturas de los huesos, accidentes graves?  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿Artritis reumatoide o afecciones artríticas?  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿Defectos endocrinológicos o problemas de la tiroides?  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿Problemas de los riñones?  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿Diabetes?  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿Cáncer, tumores, radiación o quimioterapia?  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿Polio, mononucleosis, tuberculosis o pulmonía?  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿Problemas del sistema Inmunitario?  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿SIDA o positivo para el VIH?  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿Hepatitis, ictericia o problemas del hígado?  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿Desmayos, convulsiones, epilepsia o problemas neurológicos?  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿Trastornos de salud mental o comportamiento?  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿Dificultades de visión, oído o habla?  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿Ha perdido peso recientemente, poco apetito?  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿Antecedentes de trastornos de alimentación (anorexia, bulimia)?  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿Tendencia a sangrar demasiado o a moretones, anemia o trastorno de hemorragias?  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿Tensión arterial alta o baja?  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿Se cansa fácilmente?  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿Dolor de pecho, falta de aliento o hinchazón de los tobillos?  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿Problemas cardiovasculares (problemas cardíacos, ataque cardíaco, angina, insuficiencia coronaria, aterosclerosis, ataque cerebral, problemas cardíacos congénitos, soplo en el corazón o enfermedad cardíaca reumática)?  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿Trastornos de la piel?  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿Dolores de cabeza, resfriados o dolor de garganta frecuentes?  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿Afección de los ojos, oídos o garganta?  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿Fiebre de heno, problemas de sinusitis, ronchas o urticaria?  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿Afección de las amígdalas o vegetaciones?

**Fecha** \_\_\_\_\_

### Alergias o reacciones a alguno de los siguientes:

- \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c Anestésicos locales (Novocaína, Lidocaína)  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c Aspirina  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c Ibuprofeno (Motrin, Advil)  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c Penicilina u otros antibióticos  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c Sulfas  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c Codeína u otros narcóticos  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c Metales (joyas, broches en la ropa)  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c Látex (guantes, globos)  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c Vinilo  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c Acrílico  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c Animales  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c Alimentos (indique)  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c Otras sustancias (indique)

- \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿El paciente ha tomado un Derivado Biophosphate?  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿El paciente está tomando medicamentos, complementos alimentarios, medicamentos a base de plantas o de venta libre?

Sírvase indicarlos.

Medicamento \_\_\_\_\_ Lo toma para \_\_\_\_\_  
 Medicamento \_\_\_\_\_ Lo toma para \_\_\_\_\_  
 Medicamento \_\_\_\_\_ Lo toma para \_\_\_\_\_

- \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿El paciente tiene o ha llegado a tener un problema de abuso de sustancias?  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿El paciente mastica o fuma tabaco?  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿Cirugías? Describa \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿Hospitalizaciones? Debido a \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿Otros problemas o síntomas físicos? Describa: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿Recibe tratamiento de otro profesional médico? Para \_\_\_\_\_

Fecha de la última exploración física: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna otra afección médica que deberíamos saber?

Enumere:

### NIÑAS SOLAMENTE

- \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿Le ha empezado la menstruación? De ser así, ¿a qué edad? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ ns/c ¿La paciente está embarazada?

### ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

- ¿Los padres o hermanos del paciente tienen alguno de los siguientes?:  
 ¿Problemas de salud? De ser así, explique.  
 Trastorno con hemorragias \_\_\_\_\_  
 Diabetes \_\_\_\_\_  
 Artritis \_\_\_\_\_  
 Trastornos metabólicos \_\_\_\_\_  
 Alergias graves \_\_\_\_\_  
 Problemas dentales poco comunes \_\_\_\_\_  
 Desequilibrio en el tamaño de la mandíbula \_\_\_\_\_  
 Autismo \_\_\_\_\_  
 ¿En la familia hay alguna otra afección médica que deberíamos saber?

**ANTECEDENTES DENTALES**

Ahora o antes, ¿el paciente ha tenido?:

<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ns/c	¿Lesalieron los dientes demasiado temprano o tarde?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ns/c	¿Tiene dolor en los músculos de la cara o alrededor de las orejas?
<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ns/c	¿Se le extrajeron dientes de leche que no tenía sueltos?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ns/c	¿Dificultad cuando mastica o abre la mandíbula?
<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ns/c	¿Dientes permanentes o adicionales que se le han extraído?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ns/c	¿Sabe si tiene algún empaste suelto, quebrado o que le falta?
<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ns/c	¿Dientes congénitos adicionales o ausentes?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ns/c	¿Algún diente le irrita la mejilla, el labio, la lengua o el paladar?
<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ns/c	¿Dientes permanentes o de leche quebrados o lesionados?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ns/c	¿Alguna inquietud con el espacio entre los dientes, dientes torcidos o salidos?
<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ns/c	¿Los dientes sensibles a calor o frío; le duelen?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ns/c	¿Sabe que tiene o le preocupa una mandíbula demasiado grande o demasiado pequeña?
<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ns/c	¿Fracturas de la mandíbula, quistes o infecciones bucales?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ns/c	¿Frecuentes llagas en la boca?
<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ns/c	¿"Dientes muertos" o tratamiento del vértice de raíz dental?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ns/c	¿Toma fluoruro de alguna forma?
<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ns/c	¿Le sangran las encías, mal sabor u olor en la boca?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ns/c	¿Algún pariente con dientes o mandíbula similares?
<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ns/c	¿Problemas periodontales o de las encías?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ns/c	¿Ha recibido algún tratamiento periodontal o de las encías?
<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ns/c	¿Alimentos incrustados entre los dientes?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ns/c	¿El paciente tendría algún problema para usar frenos, si se le indicaran?
<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ns/c	¿Costumbre de chuparse los dedos o algo más? ¿Hasta qué edad? _____	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ns/c	¿Ha llegado a tener una exploración o tratamiento de ortodoncia?
<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ns/c	¿Problemas con sacar la lengua?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ns/c	¿Ha estado bajo el cuidado de un dentista?
<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ns/c	¿Antecedentes de problemas del habla?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ns/c	Especialista _____
<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ns/c	¿Costumbre de respirar por la boca, roncar o dificultades para respirar?		Otro _____
<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ns/c	¿Rechina los dientes, aprieta la mandíbula, hace ruidos o se le atranca la mandíbula?		
<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ns/c	¿Dolor en la mandíbula o zumbido en los oídos?		

¿Cuál es problema principal? ¿Por qué está aquí? \_\_\_\_\_

He leído y comprendo las preguntas anteriores. No hago responsables ni al ortodoncista ni a ningún integrante de su personal de ningún error u omisión que yo haya cometido al completar este formulario. Si hay algún cambio más adelante en este registro o en mi condición médica o dental, se lo indicaré a este consultorio.

Firmado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Paciente o padre/tutor si el paciente es menor de 18 años)

Firmado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(El Médico)

**Actualizaciones**

Fecha:	Cambios en la salud:	Firma padre, madre, tutor	Iniciales del doctor
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____