



Ortodoncia

Ignacio Guirado

Od. Esp. Ignacio Guirado

Bv. Oroño 497 Primer Piso | Rosario | Argentina | 0341-4266290

ortodoncia.ig@gmail.com | www.guirado-ortodoncia.com

HISTORIA CLÍNICA/INFORMACIÓN FAMILIAR (POR FAVOR COMPLETAR)

Nombre del Paciente _____

Edad _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____

_____ Tel. () _____ Código Postal _____

Ocupación _____

Tel. del trabajo () _____

DATOS DE ELECCIÓN PARA LLAMAR POR CITAS

Tel. Fijo () _____ Tel. Cel () _____

Email _____

Estado civil: Soltero / Casado / Separado / Divorciado / Viudo

Obra Social? SI / NO

Nombre Obra Social _____ Plan _____

Nº socio _____

Nombre de Espos/a _____

Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____

Ocupación _____

Nombre del Odontólogo de la Familia

Nombre del Médico de Cabecera de la Familia

A quién debemos agradecer por la derivación a nuestra clínica?

Adulto Responsable (en caso que no sea el paciente o esposo/a): No Aplica

Nombre _____ Fecha de Nac _____

Relación con el/la paciente _____

Dirección _____

Tel. () _____

HISTORIA MEDICA:

Alguna vez tuvo o tiene cualquiera de los siguientes ítems?

| | SI | / | NO |
|--------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Presión alta | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Ataques de Corazón | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| ACV | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Desórdenes de Sangre | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| HIV | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Ulceras Diabéticas | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Herpes (cualquier tipo) | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Psoriasis | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Dolores de Cabeza persistentes | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Dolores de Cuello | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedades de Nervios | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Migrañas | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Problemas Salud Mental | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad Osea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Artritis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Articulaciones Ortopédicas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apnea del Sueño | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Desórdenes área oreja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sinusitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Glándulas hinchadas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alergias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comentarios _____

Por favor comente cualquier otro dato que considere de importancia saber acerca de su historia médica

Esta bajo tratamiento médico? Si es así, cuál es el motivo?

Esta en la actualidad o estuvo en algún momento bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico?

Actualmente está tomando alguna medicación? Si es así describa.

Es alérgico a alguna medicación? (Ej. Aspirinas, penicilina, etc)

Alguna vez recibió anestesia general? Cuándo?

PACIENTES MUJERES:

Tiene ciclos menstruales regulares? _____

Ha atravesado la menopausia? _____

Alguien en su familia tiene osteoporosis? _____

Existe alguna posibilidad de que esté embarazada? _____

HISTORIA DENTAL:

Le duele algunos de sus dientes? _____

Alguna vez le extrajeron algún diente? Cuántos? _____

Alguna vez recibió tratamiento periodontal? (encías) _____

Alguna vez recibió tratamiento de ortodoncia previo? Si fue así, cuando? Recuerda el nombre del Odontólogo (dirección y teléfono)

Alguna vez tuvo algún traumatismo en su boca o dientes? Describir

Alguna vez tuvo algún traumatismo en la cabeza o en el área del cuello? Describir

Alguna vez se cayó y se golpeó el mentón? Describir

Alguna vez recibió cirugía en el área de la cabeza o cuello? Describir

Rechina o aprieta sus dientes? _____

Sus músculos de la cara se sienten cansados en algún momento?

Escucha algún chasquido o ruido en la articulación de la mandíbula? Si es así por favor describa. _____

Puede identificar el momento en que aparecen esos ruidos si es que existen?

Alguna vez tuvo dificultad para abrir o cerrar la boca? Describa

Tiene dolores en la articulación de la mandíbula? Derecho o izquierdo? Describa

Si existe dolor, el mismo comienza gradualmente o repentinamente? Algo intensifica el dolor? _____

Tiene alguno de los siguientes hábitos?

Succión de dedo

Mordisqueo del labio

Morderse las uñas

Masticar chicle

Fumar u otro tipo de tabaco

Alguna vez fue tratado por este problema previamente? De ser así podría describir el diagnóstico y tratamiento?

Algún miembro de su familia ha recibido tratamiento ortodóncico alguna vez? Algún otro miembro de su familia fue paciente de esta clínica?

Sabemos a veces que los pacientes tienen preocupaciones específicas que podrían no figurar en nuestros formularios. Por favor siéntase libre de incluir cualquier información que considere importante de su historia clínica en el espacio en blanco debajo.

Yo el abajo firmante, certifico que he leído y comprendido la información médica y dental arriba expuesta, la he revisado y la he encontrdo adecuada.

Si existiese alguna modificación en mi historia clínica, reconozco que es mi responsabilidad informar en esta clínica. También otorgo mi permiso para un exámen clínico.

Nombre del Paciente

Fecha

Notas del Dr. _____

Firma del Doctor

Fecha