

Nombre _____ No. de Cuenta _____ Fecha _____

Las siguientes preguntas se consideraron para obtener su historial médico y ayudarnos a comprender lo que quiere lograr con el tratamiento ortodóntico. Confirmaremos esta información cuando presentemos sus opciones de tratamiento.

INFORMACIÓN MÉDICA:

¿Tiene o ha tenido alguna vez el paciente alguna(as) de las siguientes enfermedades? (Por favor marque todo lo aplicable).

- | | | |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Hipertensión Arterial/Hipotensión Arterial | <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Asma/Rinitis |
| <input type="radio"/> Fiebre Reumática | <input type="radio"/> Enfermedades Venéreas/SIDA | <input type="radio"/> Epilepsia |
| <input type="radio"/> Hepatitis/Ictericia | <input type="radio"/> Desvanecimientos/Convulsiones | <input type="radio"/> Radioterapia |
| <input type="radio"/> Problemas Cardíacos | <input type="radio"/> Úlceras Estomacales | <input type="radio"/> Artritis |

Sí No ¿El paciente requiere antibioticos antes de empezar el tratamiento?

Sí No ¿Tiene el paciente buen estado físico?

Sí No ¿Alguna vez el paciente ha tenido un accidente en el rostro o dientes? Explique: _____

Sí No ¿Está el paciente actualmente bajo el cuidado de un médico por una enfermedad?

Sí No ¿Tiene el paciente una tendencia a sangrar o se curan sus heridas lentamente?

Sí No ¿Es el paciente alérgico al níquel o cualquier droga o medicamento? Enumérelos: _____

Firma: _____

MIS PRINCIPALES INQUIETUDES SON LAS SIGUIENTES: _____

MARQUE TODAS LAS AFIRMACIONES DE ABAJO APLICABLES AL PACIENTE:

Los Dientes

- Hay espacios entre los dientes que no me gustan.
- Los dientes están torcidos y montados.
- Los dientes sobresalen demasiado.
- La boca parece ser demasiado pequeña y no hay suficiente espacio para los dientes.
- Los dientes salen en lugares equivocados.
- No estoy consciente de ningún problemas.

La Oclusión (o Mala Mordida)

- La oclusión es confortable y puedo comer lo que quiera sin problemas.
- Siento que hay un problema con la oclusión o se me dijo que hay un problema.
- Siento dolor frecuente o crónico en mis mandíbulas, mi cara o mi cabeza.
- Mis mandíbulas suenan o se traban cuando abro mi boca.
- Tengo o he tenido problemas para abrir y/o cerrar mis mandíbulas.
- Aprieto mis dientes durante el día o los rechino durante la noche.

El Dentista

- Visito al dentista regularmente, por lo menos cada _____ meses.
- Mi última limpieza fue en el mes de _____.
- No he visto al dentista desde hace más de un año. Me toca una limpieza.
- Han pasado _____ años desde mi última visita al dentista.

Problemas Dentales

- Que yo sepa no tengo problemas dentales, con la excepción de los dientes desalineados.
- Estoy consciente de la existencia de otros problemas dentales que requieren atención. _____

El Ortodontista

- Ésta es mi primera experiencia con un ortodoncista.
- El paciente ha utilizado frenillos anteriormente. _____ (año)
- Algunos miembros de la familia han utilizado frenillos. _____ (quién?)
- Consulté a otro ortodoncista y me gustaría tener una segunda opinión. _____ (Nombre del Doctor)

Lo Que Espero del Tratamiento Ortodóntico

- Yo quiero saber que tipo de tratamiento necesito.
- Solo quiero que se enderecen y alinien los dientes superiores.
- Quiero que se enderecen y alinien los dientes superiores e inferiores.
- Quiero que se enderecen todos los dientes y se corrija la oclusión o mala mordida si es posible.

¿Cuánto Tiempo Está Dispuesto a Dedicar al Tratamiento Ortodóntico?

- Estoy dispuesto a dedicar el tiempo y los recursos necesarios, incluso si se requiere la cirugía, para obtener los mejores resultados cosméticos y funcionales.
- Quiero los mejores resultados que se puedan obtener sin cirugía facial alguna.
- Quiero dedicar tan poco tiempo como sea posible y estoy dispuesto a hacer concesiones.

¿Qué Tipo de Frenillos Quiere?

- Los más económicos (metal plateado)
- Los más cosméticos (cerámica transparente)
- Removibles y cosméticos (Invisalign)
- Necesito más información para tomar una decisión.

Costo y Planes de Pago

- Estoy interesado en ahorrar la mayor cantidad de dinero pagando el tratamiento completo al comienzo.
- Estoy interesado en hacer un pago por adelantado para reducir los costos totales. \$ _____ (cantidad)
- Prefiero no hacer un pago por adelantado.
- Estoy buscando un plan de pago con pagos mensuales de \$ _____ por mes.

Seguro

- Tengo un seguro que podría pagar parte de los costos de tratamiento. _____ (nombre del seguro)
- No tengo un seguro que cubra el tratamiento ortodóntico.

¿Qué Tan Pronto le Gustaría Empezar?

- Me gustaría empezar tan pronto como sea posible si se determina que el tratamiento es indicado y conocer al doctor en ese momento.
- Quiero conocer al ortodoncista para discutir los resultados del diagnóstico antes de tomar una decisión.
- Quiero discutir las conclusiones con mi cónyuge antes de tomar la decisión de iniciar el tratamiento.
- Quiero demorar el tratamiento tanto como sea posible.

Notas del Consultor de Tratamientos:

Edad del paciente: _____ años _____ meses (si es menor de 19 años)

Qué Idioma es preferible para usted : _____

Cual es la mejor hora para contactarlo: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Correo electrónico: _____ Desea realizar la siguiente cita: _____

Firma del Consultor de Tratamientos: _____ **Fecha:** _____