



Expediente#

fecha de hoy

Información personal	<i>Nombre</i>	<i>apellido Paterno</i>	<i>apellido Materno</i>
	Nombre completo		
Nombre como le gustaría ser llamado			
Fecha de nacimiento	<i>Día</i>	<i>mes</i>	<i>año</i> <i>edad</i>
Teléfono celular			
Teléfono fijo casa			
Correo electrónico			
ocupación			
Empresa o dependencia donde trabaja			
Teléfono fijo empresa y extensión			
Correo electrónico empresa			
Estado civil			
Si es casado escriba el nombre del conyugue			
Ocupación conyugue			
Empresa o dependencia donde trabaja (conyugue)			
Teléfono celular conyugue			
Correo electrónico conyugue			
Fecha cumpleaños conyugue	<i>Día</i>	<i>mes</i>	<i>año</i>
Dirección	<i>Calle</i>	<i>numero</i>	<i>colonia</i> <i>CP</i> <i>ciudad</i>
Pasatiempos o deportes que practica			
Datos generales			
Nombre de su dentista			
Persona que nos recomendó			
¿Hay otros familiares atendidos en Curae? (nombres)			
Persona responsable económico (si es el mismo que el anterior deje esto en blanco)			
Nombre completo			
Relación con el paciente			
Dirección completa(calle, numero ,colonia cp, ciudad)			



Historia médica y Dental

ADULTOS

	Teléfono celular	
	Teléfono trabajo	
	Teléfono particular	
	Correo electrónico	
	Fecha de nacimiento	
	Estado civil	
	Ocupación(tipo de negocio)	
	Dirección empresa o dependencia donde trabaja	
	RFC	
	Nombre de esposa(o) u otro pariente responsable económico secundario	
	Fecha de nacimiento	
	Teléfono móvil	
	Teléfono casa	
	Correo electrónico	
	RFC	
	Ocupación(tipo de negocio)	
Principal preocupación que lo trajo a consulta	Principal preocupación	

Para las siguientes preguntas marque con una X el que escoja. Las Respuestas son para su expediente privado y se consideran confidenciales. Una Historia Clínica contestada con veracidad es muy importante para establecer un plan de tratamiento adecuado.



HISTORIA MEDICA	
Defectos de nacimiento o problemas hereditarios	
¿ha sufrido alguna fractura?(accidente)	
Fiebre reumática	
Problemas Endocrinos o de la tiroides	
Solo para mujeres	
Está embarazada meses	
Se piensa embarazar	
Tomando anticonceptivos	
Problemas renales	
Cáncer o ha sido tratado por alguna tumoración	
Úlcera estomacal	
Diabetes	
Problemas inmunológicos	
Sida o HIV positivo	
Hepatitis o problemas en el hígado	
Ataques convulsivos o desmayos(epilepsia)	
Problemas neurológicos	
Problemas mentales o de comportamiento	
Dificultades para ver(usa lentes)	
Dificultad para oír	
Historia de trastornos de lenguaje	
Dificultad para el gusto(sabor de alimentos)	
Pérdida de peso reciente o pérdida de apetito	
Presión sanguínea alta	
Presión sanguínea baja	
Se cansa fácilmente	
Dolores en el pecho. Dificultad para respirar, articulaciones inflamadas.	
Problemas cardiacos	
Ataque cardiaco	
Defectos congénitos	
Fiebre reumatoide	
Insuficiencia coronaria	
arterioesclerosis	
Defectos congénitos del corazón	
Enfermedades de la piel	
Tiene una dieta normal y nutritiva	
Dolores de cabeza frecuente	
Gripas e irritación de la garganta frecuente	
Alergias o reacciones a algún medicamento	
Está tomando medicinas, suplementos nutricionales o medicamentos sin receta médica, nómbrelos	

Historia respiratoria	
Asma	
sinusitis	
Rinitis alérgica	
Problemas respiratorios en la infancia	
ronca	
Respirador bucal	
Se enferma continuamente de la garganta	
Fue operado de amígdalas y/o adenoides	
Proyección lingual, lengua grande	
Padecimientos diversos	
El paciente ha tiene o ha tenido problemas con el abuso de alguna substancia	
Alguna cirugía	
Ha sido hospitalizado alguna vez:	
Esta o ha estado en tratamiento médico:	
HÁBITOS ORALES	
Ha tenido o tiene hábito de succión de pulgar o de dedos. Explique cómo y hasta que edad:	
Succión o mordida de labios	
Rechina los dientes, aprieta la quijada, cansancio muscular	
Empuja sus dientes con la lengua	
Fuma	
Se muerde las uñas	
Hábitos anormales de deglución	
HISTORIA DENTAL	
Le extrajeron algún diente que tenia de mas	
Le falta algún diente	
Le sobra algún diente	
Perdió algún diente de leche o permanente por caries	
Perdió algún diente de leche o permanente por accidentes	
Sensibilidad en sus dientes al frio	
Sensibilidad de sus dientes a lo caliente	
Fractura de algún diente(se ha quebrado algún diente)	
Dientes con endodoncia	
Se ha golpeado algún diente	
Encía Sangrante, mal aliento, mal sabor de boca	
Enfermedades en la encía	
Se le queda atrapada comida entre sus dientes	
Aftas, herpes o ampollas bucales	
Dolor de oídos	
Dolor en la mandíbula al masticar o al abrir la boca	



Historia médica y Dental

ADULTOS

cometido en el llenado de esta forma, así mismo, hare del conocimiento del Dr. Enrique Gonzalez Tuchmann si hay algún cambio en su historia médica dental en el futuro.

El paciente ha sentido tensión, irritación o dolor en los músculos de la cara y mandíbula
Se le fracturo o cayo alguna restauración dental
Algún diente quebrado o no, le lastima la lengua, el cachete, los labios o el paladar
Siente sus dientes separados
Siente sus dientes chuecos
Siente sus dientes hacia afuera
Ha notado que su mandíbula es mas chica que lo normal
Ha notado que su mandíbula es más grande que lo normal
Algún familiar con el mismo tipo facial y mandibular del paciente
Problemas con las muelas del juicio
Ha tenido problemas o malas experiencias con trabajos dentales hechos en el pasado
Ha tenido el paciente un examen o ha empezado un tratamiento de ortodoncia previo a este
Ha estado el paciente en tratamiento recientemente por otro dentista o especialista
Ha tenido el paciente tratamiento de las encías
El paciente rechazaría la posibilidad de usar frenos si estos son indicados por el especialista
Fecha del examen dental mas reciente
Cuantas veces al día se cepilla sus dientes al día
Usa hilo dental
Hay algún problema de salud o dental u de otro tipo que no se preguntaron en este cuestionario

Firma del responsable económico

____/____/____
Fecha

CAMBIOS EN LA HISTORIA MEDICA		
FECHA	COMENTARIO	FIRMA

Entiendo de que el éxito del tratamiento depende en gran medida en la completa cooperación por parte del paciente en seguir las instrucciones, cumplir con sus citas y mantener su higiene oral durante el tratamiento de ortodoncia, es necesario que mencione si hay alguna restricción o actividad que pueda interferir con su tratamiento de ortodoncia:

He leído y he entendido y contestado las preguntas hechas en este cuestionario y no hare responsable a mi Ortodoncista o a su equipo de trabajo de algún error u omisión que pudriera haber