SI NO SI NO SI NO

□ □ Diabetes □ □ Convulsiones/Epilepsia □ □ Trastornos Nerviosos

 Convulsions/Epilepsy Nervous Disorders

□ □ Neumonía □ □ Asma,fiebre del heno,alergias □ □ Problema endocrino

 Asthma,hay fever, allergies Endocrine Problems

□ □ Problemas del corazón □ □ Anemia □ □ Desmayos/Mareos

 Heart troubles Fainting or Dizzy Spills

□ □ Fiebre reumática □ □ Sangrado Prolongado □ □ Adenoides removidas Edad:\_\_\_

 Rheumatic fever Prolonged Bleeding Adenoids Removed

□ □ Tuberculosis □ □ Trastornos óseos □ □ Anginas removidas Edad:\_\_\_

 Bone Disorders Tonsils Removed

□ □ Embarazada □ □ Resfriados frecuentes y/o gripe □ □ Hepatitis

 Pregnant Frequent Colds and/or Flu

□ □ Depression □ □ TDAH □ □ Autismo

 ADHD Autism

Registre cualquier otras enfermedades graves o problemas médicos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

List any other serious illnesses or medical problems

Registre cualquier alergias (incluyendo los de droga o medicamento) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

List any allergies (including those to any drugs or medications)

Registre cualquier droga o medicamento que está tomando ahora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

List any drugs or medications now being taken

**HISTORIA DENTAL SI NO**

Aprieta o rechina los dientes (por la noche) …………………………………….………………………….……...… □ □

Do you clench or grind teeth (at night)

Tiene dolor o hace clic al abrir o cerrar la boca ………………………………………………………….…………. □ □

 Does the patient have pain or clicking upon opening or closing the mouth

Ha tenido alguna lesión grave a la cabeza,cara, o dientes…………………………………………………………□ □

 Have you had any severe head, face, or teeth injuries

Sufres de dolor de cuello o dolores de cabeza frecuentes…………….…………………………………….…….□ □

 Do you suffer from a frequent sore neck or headaches

Alguno de los dientes se han lesionado o astillado debido a un accidente………………………………...□ □

 Have any of the teeth been injured or chipped due to accidents

Le han informado de algún diente permanente adicional o faltante…………………………..……….……□ □

 Have you been informed of any extra or missing permanent teeth

Hay alguna dificultad notable para masticar o comer alimentos………………………………………..…….□ □

 Is there any noticeable difficulty in chewing or swallowing food

Le importaría usar frenos…………………………………………………….………………………….……………………..□ □

 Would you mind wearing braces

Conoce algún problema que cause que empuje de la lengua……………..…………………………………..…..□ □

 Are you aware of any tongue thrusting problems

Ha consultado con otro ortodoncista……………………………………………….………………………………..………□ □

 Has the patient consulted with another orthodontist

Ha recibido algún tratamiento de ortodoncia previo, explicar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□ □

 Has the patient has any previous orthodontic treatment, explain

Tiene enfermedad periodontal………………………………………………………………………………………………….□ □

 Do you have periodontal(gum) disease

Fecha de ultima limpieza dental\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tomaron radiografías \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□ □

 Date of last dental appointment Were X-rays taken

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente