

Dr. Jason Gladwell / Dr. Kathleen Elverman / Dr. Steven Petritz

Gladwell Orthodontics

**HISTORIAL MEDICO**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Medico General \_\_\_\_\_ Fecha  
de la Ultima Visita \_\_\_\_\_

Dirección de su Médico General  
\_\_\_\_\_

Número Telefónico del Médico \_\_\_\_\_

Favor de poner un circulo alrededor de SI o NO (Si la respuesta es SI, por favor explique).

**Padres/Guardianes favor de responder por menores de edad.**

Está tomando alguna clase de medicamento o suplemento herbario? SI NO  
\_\_\_\_\_

Sufres de alergias a cualquier clase de  
medicamento/comida/látex/metales/acrílicos/anestésicos, etc.? SI NO  
\_\_\_\_\_

Tiene algún historial de alguna enfermedad grave? SI NO  
\_\_\_\_\_

Ha tenido que recibir alguna cirugía sería? SI NO  
\_\_\_\_\_

En alguna ocasión ha estado en un accidente automovilístico? SI NO  
\_\_\_\_\_

Está tomando/o ha tomado en alguna ocasión bifosfonatos para la osteoporosis o cualquier otra  
enfermedad de los huesos? SI NO  
\_\_\_\_\_

Mastica o fuma algún producto que contiene tobacco? SI NO  
\_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, por cuánto tiempo lo ha hecho?  
\_\_\_\_\_

Ponga un círculo alrededor de cualquier condición médica que usted tenga:

Sangradura Abnormal/Hemofilia

Diabetes

Herpes

Anemia

Mareos

Presión Alta de la Sangre

Radiación / Quimioterapia

Artritis

Epilepsia

Virus de inmunodeficiencia humana VIH / Sida

Fiebre Reumática

Asma o Rinitis Alérgica

Trastornos Gastrointestinales

Problemas Renales (de los riñones)

Apnea del sueño

Trastornos Óseos

Problemas Cardiacos/ Soplo en el Corazón

Trastornos Nerviosos

Tuberculosis

Hepatitis / Problemas Hepáticos

Neumonía

Tumor o Cáncer

Alguna otra condición médica que usted tenga que no está escrita aquí, que usted cree que deberíamos saber? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Su médico general recomienda que tome antibióticos antes de pasar por un procedimiento dental? \_\_\_\_\_

### HISTORIAL DENTAL

Dentista \_\_\_\_\_

Fecha de su Última Visita \_\_\_\_\_

Que es lo que más le preocupa acerca de sus dientes?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gladwell Orthodontics  
DENTAL HISTORY

Está feliz con la apariencia de sus dientes ahora? \_\_\_\_\_ En  
alguna ocasión a perdido o quebrado un diente? \_\_\_\_\_  
Alguna vez se ha lastimado la cara, la boca, o los dientes? \_\_\_\_\_  
Tiene algún hábito con la lengua o el dedo pulgar? \_\_\_\_\_  
Respira con la boca abierta? \_\_\_\_\_ Usualmente ronca?  
\_\_\_\_\_ Se ha dado cuenta que su mandíbula hace un ruido  
como si estuviera tronando? \_\_\_\_\_ Tiene la costumbre  
de crujir o apretar los dientes? \_\_\_\_\_ Ha experimentado un  
zumbido continuo en el oído? \_\_\_\_\_  
Si la edad del paciente es menos de 16, cual es el tamaño o la altura de sus padres? Madre \_\_\_\_\_  
Padre \_\_\_\_\_  
Alguna otra condición médica sería común en su familia de la cual cree que deberíamos saber?  
\_\_\_\_\_

**Solo para las mujeres:**

Está embarazada? \_\_\_\_\_ Ha empezado su ciclo de  
menstruation? Esto nos ayuda ha observar cómo están creciendo la cabeza y la quijada para ver si la  
tenemos que modificar. \_\_\_\_\_

He leído y entendido todas las preguntas en este formulario. No le echaré la culpa a mi ortodoncista ni a  
ninguno de sus empleados por cualquier error que haya cometido en este formulario, o por cualquier detalle  
que he decidido omitir. Si sucede algún cambio al historial médico o dental, le avisaré al consultorio.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Wake Forest / Raleigh / 919.453.6325 /  
[gladwellorthodontics.com](http://gladwellorthodontics.com)