

Cuestionario para realizarse un tratamiento de ortodoncia

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Fecha Nac.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Telf.: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ E mail: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_ F. Actual: \_\_\_\_\_  
Recomendado o referido por: \_\_\_\_\_

**Responder los padres si el paciente es menor de edad:**

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Telf. \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Telf. \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_

Motivo de la Consulta: \_\_\_\_\_  
Describir: \_\_\_\_\_

(Responder con: **si, no** y/o describir)

Le han realizado alguna vez un tratamiento de ortodoncia: \_\_\_\_\_  
Esta contento(a): con su sonrisa: \_\_\_\_\_  
Su sonrisa o mordida es similar a la de algún familiar: \_\_\_\_\_  
Sufre UD. Alguna enfermedad; Cual? : \_\_\_\_\_  
Esta tomando actualmente algún medicamento; cual?: \_\_\_\_\_  
Normalmente respira por la boca o por la nariz: \_\_\_\_\_  
Ronca por las noches: \_\_\_\_\_  
Hace ruido con los dientes cuando duerme: \_\_\_\_\_  
Se ha despertado alguna vez con la sensación de haber masticado, con dolor en las encías o en la cara: \_\_\_\_\_  
Le han diagnosticado alguna vez enfermedad en las encías: \_\_\_\_\_  
Cuántas veces al día se cepilla los dientes: \_\_\_\_\_  
Ha sufrido alguna vez un golpe en la cara: \_\_\_\_\_  
Le han realizado alguna vez una cirugía en la boca o en el rostro: \_\_\_\_\_  
Se cansa al masticar los alimentos: \_\_\_\_\_  
Tiene ruidos al abrir o cerrar la Boca: \_\_\_\_\_  
Tiene o ha tenido dolor a la altura de los oídos: \_\_\_\_\_  
Tiene dolor a nivel del cuello: \_\_\_\_\_  
Tiene la experiencia de tratamientos ortodóncicos en familiares o amigos, ¿Qué le parece? :

**Tiene algún tipo de seguro Médico: Essalud, Privado (Epps., Rimac, Pacifico, otros?)**

**Para menores de edad- Responder los padres:**

¿Cómo va en los estudios? : \_\_\_\_\_

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

(Paciente, padre o apoderado)

D.N.I.: \_\_\_\_\_

