

- **¿Cuáles son las principales preocupaciones que le gustaría llevar a cabo la ortodoncia?** (What are the main concerns that you would like orthodontics to accomplish?)
-

¿Su niño ha tenido Phen-Fen? (Has your child ever taken Phen-Fen?) Sí No

También conocido como Redux o Pondimin, Si es así, ¿cuándo?

(Also known as redox or Pandimin) If yes, when? _____

¿Su hijo ha evaluado o ha tenido un tratamiento orthodontic antes? Sí No

(Has your child ever been evaluated or had orthodontic treatment before?)

¿Se han producido lesiones en la cara, la boca, los dientes, o la barbilla? Sí No

(Have there been any injuries to the face, mouth, teeth, or chin?)

Haga una lista de los instrumentos musicales tocadas: Si No

(List any musical instruments played)

¿Se han quitado las adenoides o amígdalas? Si No

(Have adenoids or tonsils been removed?)

¿Se ha informado a su hijo de ningún diente permanente faltantes o adicionales? Sí No

(Has your child been informed of any missing or extra permanent teeth?)

¿Su niño ha tenido dolor o sensibilidad en la mandíbula o en las articulaciones (TMJ/TMD)? Sí No

(Has your child ever had pain or tenderness in their jaw or joints?)

¿Tiene su niño a cepillarse los dientes todos los días? Sí No

(Does your child brush his/her teeth daily?)

¿Tiene su hijo use hilo dental sus dientes todos los días? Sí No

(Does your child floss daily?)

¿Está su hijo actualmente bajo el cuidado de un médico? Sí No

(Is your child currently under the care of a physician?)

El médico de su hijo (Child Physician) _____

Teléfono (phone #) (_____) _____ Fecha de la última visita (date of last visit) _____

Ha comenzado la pubertad? (has puberty begun?) Sí No

Ha comenzado la menstruación (niñas)? (Has menstruation begun. (Girls)) Sí No

Por favor, describa su hijo la salud física actual Bueno(Good) Feria(fair) Pobre(poor)

(Please describe your child current physical health)

Por favor indique medicamentos que su hijo está tomando actualmente (Drugs your child is currently taking)

Por favor indique medicamentos o las cosas que su hijo es alérgico a los (Drugs/ things your child allergic to)

Látex(Latex) Metales o Níquel(Metals/Nickel) Plástica (Plastic)

- **¿Su niño ha tenido alguno de los siguientes?** (Has your child ever experienced any of the following?)

Apretar o Rechinar los Dientes Sí No Chupar o Morder del Labio Sí No

Respiración por la boca Sí No Comerse las uñas Sí No

Hábitos Biberón Sí No Problemas del Habla Sí No

Chuparse el Dedo Sí No Empuje la Lengüeta Sí No

