

¿Quién lo refirió a esta oficina?

Dr. _____ Especialidad: _____

Dirección: _____ C.Postal _____ Teléfono: _____

POR FAVOR ENUMERE LOS DOCTORES GENERALES Y DENTISTAS QUE LO HAN ATENDIDO HASTA LA FECHA. (por favor asegúrese de que los nombres y direcciones estén completas)

Dr. _____ Especialidad: _____

Dirección: _____ C.Postal _____ Teléfono: _____

Diagnóstico y tratamiento: _____

Dr. _____ Especialidad: _____

Dirección: _____ C.Postal _____ Teléfono: _____

Diagnóstico y tratamiento: _____

Dr. _____ Especialidad: _____

Dirección: _____ C.Postal _____ Teléfono: _____

Diagnóstico y tratamiento: _____

Historia del Trauma: En un esfuerzo por proveerlo con el mejor cuidado posible, es de vital importancia que tengamos, lo más completa y detalladamente posible, una historia de las lesiones que ha sostenido y de los tratamientos que ha recibido. En adición, existen ciertos factores de estilo de vida que intervienen con el tratamiento. Siendo así, nos interesan aspectos de su vida que usted, a primera vista, considere no estén relacionados con los problemas que lo impulsaron a venir a T.M.J. Dental Consultants, Inc.

¿Alguna vez en el pasado ha estado envuelto en accidentes en los cuales su cabeza se movió o maltrató, como en los accidentes automovilísticos que provocan un latigazo cervical? _____

Si es así, enumere abajo cada uno de este tipo de accidentes.

Historial

1. Considera que su salud en general es
 Excelente Muy buena Buena Normal Mala
2. ¿Considera que su salud oral es
 Excelente Muy buena Buena Normal Mala
3. ¿Ha tenido dolor facial, mandibular, templar, frente al oído, o dentro del oído en el pasado?
 Sí No
4. a. ¿Hace cuantos años comenzó su dolor facial por primera vez?

- b. ¿Hace cuantos meses comenzó su dolor facial por primera vez?

- c. Su dolor facial es
 Persistente Recurrente Una sola vez
5. ¿Alguna vez ha ido con un
 Médico Dentista Quiropráctico Otro
profesional de la salud dedicado a los dolores y/o aflicciones faciales? Si es así, ¿cuándo?

6. ¿En este momento, cómo calificaría su dolor facial en una escala de 1-10, en la cual 0 es "Sin Dolor" y 10 es "El Peor Dolor Posible"?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. En los últimos 6 meses, ¿qué tan intenso fue su peor dolor? Calificado en una escala de 1-10, igual que en la pregunta #6.
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. En los últimos 6 meses, en promedio, ¿qué tan intenso fue su dolor? Calificado en una escala de 1-10.
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. ¿Aproximadamente cuantos días en los últimos 6 meses no ha podido realizar sus actividades usuales (trabajo, escuela, trabajo en casa, etc.) por causa del dolor?

10. En los últimos 6 meses, ¿qué tanto ha interferido su dolor facial con sus actividades cotidianas? Califique en una escala de 1-10 en donde 0 es "No ha Interferido" y 10 es "Inhabilitado para llevar cabo cualquiera de estas actividades"
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11. En los últimos 6 meses, ¿qué tanto su dolor facial ha cambiado su habilidad para tomar parte en actividades recreacionales, sociales y familiares? En una escala de 1-10.
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
12. En los últimos 6 meses, ¿qué tanto su dolor facial ha cambiado su habilidad para laborar (incluyendo trabajo en casa)? Califique en una escala de 1-10 en donde 0 es "Sin Cambios" y 10 es "Cambio Extremo"
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
13. a. ¿Alguna vez se le ha bloqueado o desencajado la mandíbula de manera que no puede abrirla completamente?
 Sí No
- b. ¿Fue esta limitación en su mandíbula lo suficientemente severa para intervenir con su habilidad para comer?
 Sí No
14. a. ¿Cliquea o castaña su mandíbula al abrir y/o cerrar la boca para masticar o por cualquier otra cosa?
 Sí No
- b. ¿Hace su mandíbula un sonido áspero al abrir y/o cerrar la boca o al masticar?
 Sí No
- c. ¿Alguna vez le han dicho, o se ha dado cuenta, de que rechina los dientes o aprieta la mandíbula al dormir por la noche?
 Sí No
- d. ¿Durante el día, rechina los dientes o aprieta la mandíbula?
 Sí No

14. e. ¿Siente que le duele la mandíbula, le molesta y/o la siente rígida cuando se levanta en la mañana?
- Si No
- f. ¿Tiene sonidos o un zumbido/campanilleo en el oído?
- Si No
- g. ¿Siente que su mordida es incomoda y/o inusual?
- Si No
15. a. ¿Tiene usted reuma articular, lupus, cualquier otra enfermedad artrítica sistemática?
- Si No
- b. ¿Sabe si alguien en su familia padece de o a padecido de alguna de estas enfermedades?
- Si es así, ¿Cuál?
-
- c. ¿Ha tenido o tiene otras articulaciones hinchadas o adoloridas a parte de las articulaciones cercanas a su oído (TMJ)?
- Si No
- d. Si es así, ¿es este un dolor persistente que ha tenido por al menos un año?
- Si No
16. a. ¿Ha sufrido una lesión facial o en su mandíbula recientemente?
- Si No
- b. ¿Tenía usted dolor mandibular antes de la lesión?
- Si No
17. ¿Durante los últimos 6 meses ha tenido problemas con dolores de cabeza o migrañas?
- Si No
18. Por favor marque, de las actividades que están abajo listadas, todas las que su presente problema mandibular le impide(n) hacer.
- Masticar
- Beber
- Ejercitarse
- Consumir comidas duras
- Consumir comidas suaves
- Sonreír/Reír
- Actividades Sexuales
- Cepillarse los dientes
- Lavarse el rostro
- Bostezar
- Tragar
- Hablar
- Mantener su apariencia facial usual

¿Ha recibido un golpe en el rostro o mandíbula? _____ Si es así, por favor liste cada uno de los accidentes o incidentes de este tipo.

¿Ha estado envuelto en cualquier otro tipo de accidente, caída, lesión o cirugía? _____ Si es así, liste cada uno de estos incidentes.

Por favor liste los tratamientos que usted ha recibido por los accidentes o incidentes listados.

Por favor liste tratamientos anteriores para la condición que lo indujo a venir a este centro.

¿Está presentemente en alguna litigación relacionada a síntomas de la cabeza, cuello, espalda y/o mandíbula?

Si No

Incapacidad Parcial _____ Incapacidad Total _____

Si es así, ¿cuál es la naturaleza de su incapacidad?

¿Fecha en que dejó de trabajar?

¿Cuándo le ha indicado su médico que podrá volver a trabajar?

Exámen Craneomandibular

Queja Principal: _____

Duración del problema: _____

El problema es más severo: Mañana Medio Día Tarde Mientras Duerme Mientras Come Sin patrón

Medicamentos Presentes: _____

Síntomas					Izquierda	Derecha
Dolor Facial	Frente	Mejillas	Nariz	Alrededor de los Ojos		
Dolor en la Cabeza	Delante	Detrás	Lado	Superior		
Oído	Dolor	Tapado	Zumbido	Perdida del Audición		
Ojos	Dolor	Enrojecimiento	Presión	Pérdida de Foco		
Brazos/Dedos	Dolor	Hormigueo	Entumecimiento	Debilidad		
Cuello	Dolor	Opresión	Rigidez	Sonidos al Desplazarse		
Articulaciones	Dolor	Cliqueo	Rechine	Bloqueo Abierta/Cerrada		
Espalda Alta	Dolor	Rigidez	Espasmo	Sonidos al Desplazarse		
Espalda Baja	Dolor	Rigidez	Espasmo	Sonidos al Desplazarse		
Dolor de Garganta	Dolor	Opresión	Resequedad	Dificultad al tragar		
Problemas Dentales: <input type="radio"/> Dolor <input type="radio"/> Hinchazón Problemas de Mordida: Otro:						

Descripción del Dolor (Por favor encierre en un círculo)

Agudo Punzante Obtuso Profundo Palpitante Ardiente Picazón
 Leve Moderado Severo Agonizante Continuo Intermitente Recurrente
 Localizado Generalizado Radiante Migrante

¿Cuál es su peor síntoma?

¿Qué le hace sentir mejor?

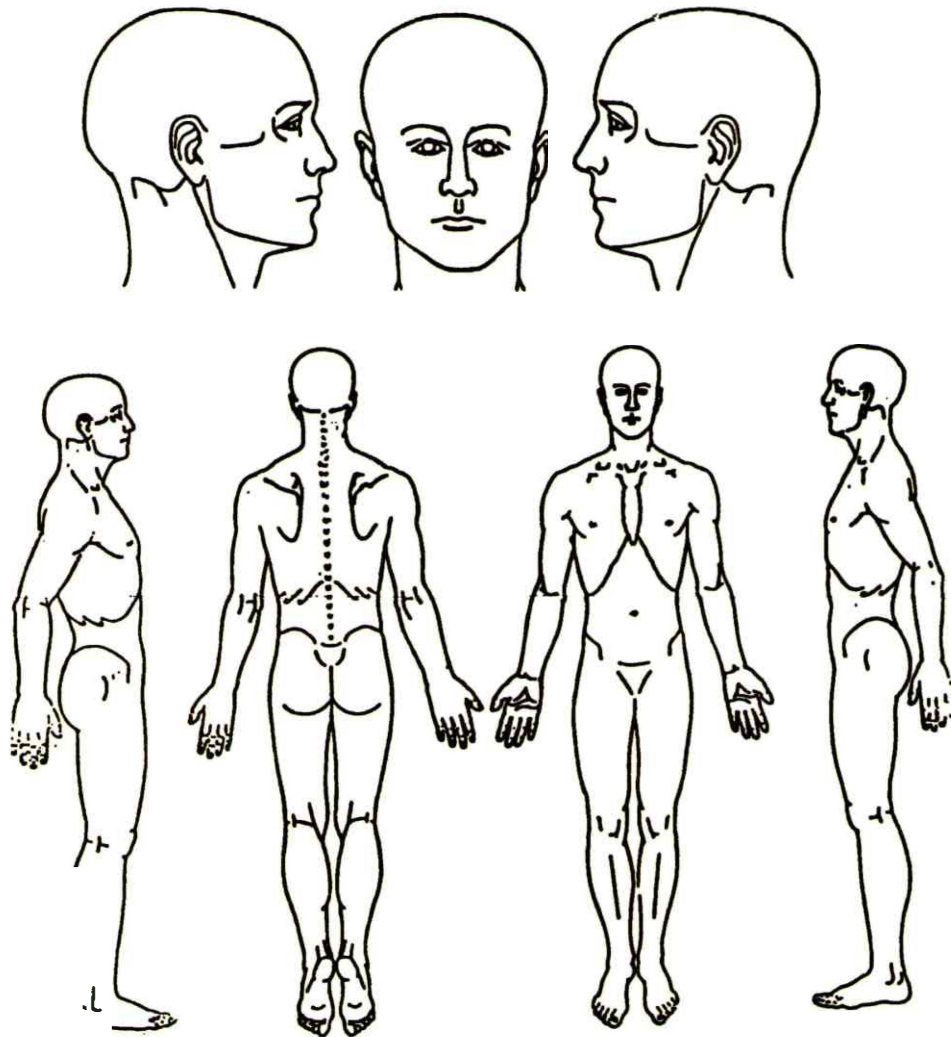
¿Qué le hace sentir peor?

Áreas de dolor

Por favor indique el área(s) de dolor y malestar en los diagramas de abajo, en su PEOR día. También, indique qué tipo de dolor: B para ardiente, T para palpitante, S para agudo, D para obtuso.

Asimismo, por favor, contabilice el dolor en esta escala de 10 puntos para cada área en que siente dolor.

0 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sin dolor Dolor Leve Dolor Dolor Intenso Agonizante Insoportable



Historial de Medicamentos

• Para ser revisado con el paciente, incluye hormonal, B.P., etc.

Nombre del Medicamento	Dosis	Cómo es Tomada	Por Cuánto Tiempo lo ha Tomado	Propósito del medicamento(s)	Prescrito por Doctor/ Especialista

Historia familiar de desorden del TMJ y desorden del tejido conectivo (Revise y liste del historial)

Historial de Hábitos

Goma de mascar Muerde/Come las Uñas Instrumento Musical

Aprieta Día Noche Bruxismo Día Noche

Tipo de Ejercicio: _____ Frecuencia: _____

Hogar/Trabajo Cotidiano (hábitos e historial)

Tipo de actividades diarias:

Posición y postura usual en el trabajo y/o el hogar:

Consentimiento de A.T.M.

Como usted sabe, nos dedicamos al diagnóstico y tratamiento de Desórdenes Temporomandibulares, Oclusión Dental y Dolor Orofacial. Estos desórdenes muchas veces imitan signos y síntomas médicos, que a veces, pueden ser muy difíciles de identificar y diagnosticar.

En muchas ocasiones, estos síntomas son subjetivos y el mejoramiento de estas condiciones puede ser reconocido únicamente por usted. Muchos de estos signos y síntomas deben ser tratados de una manera multidisciplinaria para obtener mayores posibilidades de que usted mejore. La decisión de tomar y seguir nuestras sugerencias depende sólo de usted, y de su compromiso con su tratamiento.

El Dr. Alvaro Ordoñez es uno de los pocos doctores en el sur de la Florida, entrenado en un programa universitario de tiempo completo en el área de ATM y Dolor Facial. Tenemos un gran porcentaje de éxito en nuestros tratamientos; sin embargo, siempre existe la posibilidad de que usted no se mejore. Hay demasiadas variables que influyen en el éxito de su tratamiento, incluida su conformidad y obediencia.

Los ajustes periódicos de la férula son necesarios para el éxito del tratamiento. Estas férulas pueden partirse debido a una mala manipulación o descuido. En este caso, el paciente es responsable por el costo de su reemplazo.

El valor de los exámenes diagnósticos, consulta y tratamiento de ATM que usted pague no es reembolsable.

Al firmar abajo, usted niega su derecho a pedir un reembolso, a detener el pago de un cheque y a disputar pagos hechos con tarjeta de crédito, y acepta cubrir cualquier pago relacionado con cargos de la corte y honorarios de abogado.

Firma del Paciente / Guardián

Fecha

Nombre del Paciente / Guardián

Escala de Molestia/Dolor

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Piense en cada escala a continuación como un termómetro. Para cada parte del cuerpo indicado informe el promedio de incomodidad de los últimos siete días. Coloque una "X" en la línea cuadrada marcada con "I" para informar la incomodidad en su lado izquierdo, y una "X" en la línea cuadrada inferior marcada con "D" para informar la incomodidad en su lado derecho.

Ninguno 0 Comenzando 1 2 Leve 3 4 Moderado 5 6 Severo 7 8 Insoportable 9 10

DOLOR DE OIDO	I										
	D										

OIDO TAPADO	I										
	D										

DOLOR EN LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	I										
	D										

SONIDO DE CLICK EN LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	I										
	D										

DOLOR DE CABEZA	I										
	D										

DOLOR EN LA CARA	I										
	D										

BRAZO Dolor / Hormigueo / Adormecimiento	I										
	D										

CUELLO Dolor / Rigidez	I										
	D										

ESPALDA ALTA Dolor / Rigidez	I										
	D										

ESPALDA BAJA Dolor / Rigidez	I										
	D										

¿Qué cambios ha sentido desde su última visita? _____

¿En que momento sus síntomas empeoraron? _____
