

Nombre del Paciente: _____

Historial Dental

Nombre del Dentista Anterior: _____ Fecha de su ultima visita: _____

Dirección del Dentista Anterior: _____

Marque los que se apliquen a usted.

- | | | | |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mastica por un lado | <input type="checkbox"/> Rechina sus dientes | <input type="checkbox"/> Ronquido | <input type="checkbox"/> Se muerde las uñas |
| <input type="checkbox"/> Toma té o café | <input type="checkbox"/> Fuma | <input type="checkbox"/> Es asquerozo | <input type="checkbox"/> Usa hilo dental |
| <input type="checkbox"/> Cepilla regularmente | <input type="checkbox"/> Sangramiento de encías | <input type="checkbox"/> Dolor de oído | <input type="checkbox"/> Usa parciales |
| <input type="checkbox"/> Mal aliento | <input type="checkbox"/> Tiene dentadura | <input type="checkbox"/> Boca seca | <input type="checkbox"/> Sensibilidad |
| <input type="checkbox"/> Problemas de quijada | <input type="checkbox"/> Dolores de la boca | <input type="checkbox"/> Ortodóncia | <input type="checkbox"/> Encías hinchadas |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento periodontal | <input type="checkbox"/> ¿Se le queda la comida entre los dientes? | <input type="checkbox"/> No se aplican | |

¿Hay algo que quiere cambiar con respecto a su sonrisa? Marque los que se apliquen.

- | | | |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mas blancos | <input type="checkbox"/> Reparar los dientes quebrados | <input type="checkbox"/> Cambiar rellenos/de plata manchados |
| <input type="checkbox"/> Cerrar un espacio | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> No se aplican |

Historial Médico

Nombre del Doctor: _____ Teléfono: _____

¿Está ud. bajo cuidado de un doctor? Sí No ¿Hospitalizado en los ultimos 2 años? Sí No

Si sí a las preguntas anteriores, explique: _____

¿Ha tenido...? Marque los que se apliquen.

- | | | | |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cansancio | <input type="checkbox"/> Marcapaso | <input type="checkbox"/> Sida o VIH | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia | <input type="checkbox"/> Desorden de sangre | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Hepatitis _____ | <input type="checkbox"/> Tumores | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Úlceras | <input type="checkbox"/> Lesion de cabeza | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Articulación artificial | <input type="checkbox"/> Soplo en el corazón | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Sangramiento excesivo |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Ataque cardiaco | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja |
| <input type="checkbox"/> Cáncer del pulmon | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad hepatica | <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis | <input type="checkbox"/> Desmayo | <input type="checkbox"/> Trastorno mental |
| <input type="checkbox"/> Embolio | <input type="checkbox"/> Cardiopatía | <input type="checkbox"/> Válvula mitral | <input type="checkbox"/> Problema del estomago |
| <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Desorden nervioso | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Efermedades transmitidas sexuales | <input type="checkbox"/> No se aplican | |
- Otro: _____

Mujeres Solamente:

¿Embaraza? Sí No

¿Toma píldoras anticonceptivas? Sí No

Medicaciones

- | | |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| ¿Ha tomado alguna vez fen-phen/redux? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Ud. está tomando medicación sin receta? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Ud. está tomando medicación recetada? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Si sí, proporcionar la lista o lista aquí _____

Alergias

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Látex | <input type="checkbox"/> Codeína |
| <input type="checkbox"/> Sulfa | <input type="checkbox"/> Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Yodo | <input type="checkbox"/> No Alergias |
- Otro: _____

Que yo sepa, he respondido completamente y correctamente todas las preguntas. Informare a mi dentista si hay algun cambio.

Firma del Paciente/Guardian/Padre: _____ Fecha: _____

Dr's Comments: ASA I ASA II ASA III ASA IV Sign: _____ Date: _____ BP measure: _____ Staff Initial: _____

Dr's Comments: ASA I ASA II ASA III ASA IV Sign: _____ Date: _____ BP measure: _____ Staff Initial: _____