

Historia Dental y Medical del Paciente

Nombre del paciente:	Fecha:
Dentista anterior:	Ciudad:
Fecha de última visita dental: ____/____/____	Ha tenido frenos? ____Si ____No
Fecha de última rayos-x: ____/____/____	Ortodontista:

Marque "si" or "no" para indicar a padecido alguna(s) de las siguientes:

	si	no		si	no
Mal aliento			Sensació de ardor en la lengua		
Sangrando de encias			Dolor a cansacio mandibular		
Fuma cigarillo, pipa o puro			Chasquido o crujido de mandibula		
Boca seca			Dientes sueltos or rellenos rotos		
Se muerde las uña			Rchina/aprieta los dientes		
Respira por la boca			Encías hinchadas/o inflamadas		
Dolor de boca al cepillarse			Dolor alredeor del oido		
Tratamiento periodontal			Sensivilidad a lo frio		
Sensivilidad a lo calient			Sensivilidad a lo dulce		
Sensivilidad al morder			Llagas en la boca		

Tiene alguna pregunta o consulta acerca de su salud oral? _____

HISTORIA MEDICO

Nombre de su doctor:	Ciudad:
Fecha de última visita: ____/____/____	
Alergias (medicamentos, alieimentos, o polen): ____ Si ____ No	
Alergias: ____Látex ____penicilina ____otro antibiótico:_____	____aspirina ____codeína ____iodo
____ anestesia local (como lidocaína) ____ Otras:_____	_____
Fuma o usa productos con tobacco? ____Si ____No Cuantos usa al día?	_____

Anote cualquier medicamento, herbas, o Drogas (legales or ilegales) que se encuentre tomando: _____

¿Qué cirugías u hospitalizaciones ha tenido? _____

Por favor responda todas las siguientes preguntas seleccionando “sí” or “no”.

Tiene usted o ha tenido alguna vez uno de los siguientes?

	si	no		si	no
Anemia			Articulaciones artificiales: _____		
Artritis, reumatismo			Asma		
Cancer: (tipo) _____			Quimio/radiacion		
Dependencia quimica			Derrame cerebral		
Desmayos o mareos			Dieta especial		
Diabetes			Dolores de cabeza		
Emfisema (COPD)			Enfermedad del corazon		
Esta embarazada?			Esta amamantamiento?		
Enfermedad renal			Enfermedad respiratoria		
Enfermedad sanguinea			Enfermedad hepatica		
Enfermedad venerea			Epilepsia		
Erupcion en la piel			Escarlatina		
Falta de aliento			Fiebre reumatica		
Glaucoma			Hepatitis Tipo: _____		
Hinchazon de glandulas			Hinchazon de pies/tobillos		
Lesiones cardiacas congenitas			Presion arterial alta		
Presion arterial baja			Problemas cardiacos		
Problemas circulatorios			Problemas de espalda o de cuello		
Problemas de tiroides			Problemas renales		
Problemas del musculos			Prolapso de valvula mitral		
Problemas nerviosos			Sangrado anormal con extracciones o cirugia		
Soplo cardiaco			Tiene marcapasos		
Tonsillitis			Tos persistente o sangrienta		
Tratamiento psiquiatrico			Tumor o credimiento en la cabeza o cuello		
Ulceras			Otro: _____		

Que yo sepa, las preguntas en este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Es mi responsabilidad informar al consultorio dental sobre cualquier cambio en mi salud médica.

Firma del paciente (o padre si es menor)

Fecha