

Nombre del Paciente: _____

Historial Dental

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

Marque los que se apliquen a usted.

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mastica por un lado | <input type="checkbox"/> Toma té o café | <input type="checkbox"/> Ortodóncia | <input type="checkbox"/> Muela quebrada |
| <input type="checkbox"/> Se muerde las uñas | <input type="checkbox"/> Fuma/Masticar tobacco | <input type="checkbox"/> Sensibilidad | <input type="checkbox"/> Empaste mancha |
| <input type="checkbox"/> Mordaza fácil | <input type="checkbox"/> Encías sangrantes/inflamadas | <input type="checkbox"/> Blanqueo dental | <input type="checkbox"/> Empaste plata |
| <input type="checkbox"/> Dolores de la boca | <input type="checkbox"/> Tratamiento periodontal | <input type="checkbox"/> Atrapados comida | <input type="checkbox"/> Dientes brecha |
| <input type="checkbox"/> Mal aliento | <input type="checkbox"/> Tiene dentadura/parcial | <input type="checkbox"/> Boca seca | <input type="checkbox"/> NO SE APLICAN |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |

¿Tienes alguno de estos síntomas? Marque los que se apliquen.

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Apnea del sueno | <input type="checkbox"/> Ronquido | <input type="checkbox"/> Rechinamiento | <input type="checkbox"/> NO SE APLICAN |
| <input type="checkbox"/> Dolor de oído | <input type="checkbox"/> Apretadura de dientes | <input type="checkbox"/> Problemas de la quijada (ATM) | |

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 |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |

Mujeres Solamente: ¿Embaraza? Sí No ¿Toma píldoras anticonceptivas? Sí No

Medicaciones		Alergias	
¿Ha tomado alguna vez fen-phen?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Látex	<input type="checkbox"/> Codeína
¿Ud. está tomando medicación sin receta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sulfa	<input type="checkbox"/> Penicilina
¿Ud. está tomando medicación recetada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yodo	<input type="checkbox"/> NO ALERGIAS
Si sí, proporcionar la lista o lista aquí _____		<input type="checkbox"/> 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: _____
Medical Release Needed: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Sign: _____	Date: _____	