

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Información Dental

Si No

¿Tiene algún problema dental específico?		
¿Tiene encías sensibles?		
¿Le sangran las encías?		
¿Le quedan alimentos atrapados entre los dientes?		
¿Aprieta o rechina los dientes?		
¿Consume tabaco?		

Información Medica

Si No

¿Se encuentra ahora bajo tratamiento?		
¿Toma Algún Medicamento (s)? Si la respuesta es Si, ¿qué medicamentos está tomando?		
¿Tiene Alergia algún medicamento? Aspirin / Penicilina / Codeína/ Acrílico / Metal / Látex / Otro _____		

	Si	No		Si	No		Si	No
Enfermedad Cardiovascular			Enfermedad del hígado			Epilepsia		
Angina			Problemas renales			Enfermedad Pulmonar		
Marcapasos Cardíaco			SIDA/ VIH			Sinusitis		
Dolor en el Pecho			Hemofilia			Tuberculosis		
Soplo cardíaco			Sangrado Excesivo			Glaucoma		
Hipertensión			Problemas Estomacales/Ulceras			Cáncer		
Implante de articulaciones			Tiroides			Problemas Respiratorios		
Colesterol Alto			Artritis			Endocarditis		
Diabetes			Derrame			Bacteriana		

¿Alguna vez o está ahora recibiendo tratamiento? _____

Radicación _____ quimioterapia _____ Reclast _____ Zometal.V. _____ Fosamax _____ Actonel _____ Boniva _____

¿Alguna vez ha tenido alguna otra enfermedad grave no marcada arriba?

Firma del Paciente (Padre / Tutor) : _____ Fecha: _____

Revisado por doctor: _____ Fecha: _____

Revisión de la historia / hallazgos:

