

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE _____ **FECHA** _____

Historia Dental

- ¿Cómo calificaría la condición de su boca? Excelente Bueno Justo Mal **Por Favor Circule**
- ¿Tiene usted un problema dental específico? Explique _____ Si No
- ¿Alguno de sus dientes es sensible al calor, al frío o a la presión de la mordida? _____ Si No
- ¿Cree usted que tiene caries o enfermedad en las encías? Si No Explique _____
- ¿Se cepilla los dientes regularmente y usa hilo dental? Explique _____ Si No
- ¿A veces le sangran las encías? Si No
- ¿Se le atora la comida entre los dientes? ¿Dientes sueltos? Si No ¿Quiere usted salvar la dentadura que le queda? _____ Si No
- ¿Masticas hielo, te muerdes las uñas? Si No ¿Sufres de boca seca? _____ Si No
- ¿A veces le molesta la coyuntura mandibular? ¿Rechina usted los dientes? _____ Si No
 - ¿Siempre han sido positivas sus experiencias en el consultorio del dentista? _____ Si No
 - ¿Fuma o mastica tabaco? Si No frecuencia _____ duración _____ ¿Tiene llagas o tumores en la boca? _____ Si No
 - ¿Bebes alcohol? Si No (Por favor circule) Ligera Moderada Intensa ¿Mucha azucar/mucha soda? _____ Si No
 - ¿A usado alguna droga ilícita? ¿Cual? _____
 - ¿Que quieres cambiar en su sonrisa? Dientes más blancos Dientes derechos Reemplazar dientes perdidos _____ Si No

Historia Medica

- ¿Esta Ud. bajo el cuidado de un médico ahora? Si No ¿Por que? _____ Nombre: _____ Tel: _____ Si No
- ¿Alguna vez se ha hospitalizado o ha tenido una operación mayor? Explíque. _____ Si No
- ¿Alguna vez se ha lastimado seriamente el cuello o la cabeza? Explíque. _____ Si No
- ¿Esta tomando medicamentos, píldoras o drogas? Si No Si dijistes Si, lista los nombres: _____
- Es usted alergico a algun medicamento? Si No Si dijistes Si, marque todo lo que corresponda:
 Aspirina Penicilina Codeina Acrílico Metal Hule latex Anestecia dental IbuProfeno Antibioticos Otro _____
 - Esta tomando Anti Coagulantes? Si No Si dijistes Si, marque todo lo que corresponda:
 Aspirina Coumadin/Worfarin Plavix Eliquis Pradaxa Xeralto Otro _____
 - MUJERES (favor de indicar): Embarazada/tratando de concebir Lactando Tomando anticonceptivos orales Tomando bisfosfonatos
 - ¿Esta usted conciente que un antibiotico puede interferir con la pildora anticonceptiva? _____ Si No

*Si usted contesta "si" a cuaquiera de las condiciones con estrellita en la lista abajo, favor de llamar antes de su cita... tal vez se requiere medicamento previo.

Enfermedad cardilaca	Si No	Moretones salen con facilidad	Si No	Asma	Si No	Hepatitis B o C	Si No	Úlceras - Estomago	Si No
Cirugía al corazón	Si No	Enfermedad sanguínea	Si No	Escupe sangre	Si No	Hepatitis A (infectusa)	Si No	Llaga alrededor de la boca	Si No
Susurro de corazón	Si No	Anemia	Si No	Enfisema	Si No	Problemas con los riñones	Si No	Herpes	Si No
Palpitación irregular	Si No	Sangramiento excesivo	Si No	Tuberculosis	Si No	Dialisis renal	Si No	Embolio	Si No
Angina de pecho	Si No	Anemla de celulas faicitomes	Si No	Cancer / Tumores	Si No	Enfermedad de la tiroides	Si No	Convulsiones / Epilepsia	Si No
Ataque cardíaco	Si No	Hemofilia	Si No	Radiación (Rayos X)	Si No	Enfermedad paratirodea	Si No	Desmayos o vértigo	Si No
Desorden cardíaco congénital	Si No	Leucemia	Si No	Quimoterapia	Si No	Artritis o gota	Si No	Glaucoma	Si No
Prolapso válvula mitral	Si No	Colesterol alto	Si No	Enfermedad estomacal	Si No	Reumas	Si No	Nerviosidad	Si No
Escarlatina	Si No	Hinchamiento de extremidades	Si No	Osteoporosis	Si No	Dolor coyuntura mandíbular	Si No	Bajo cuidado de siquiatico	Si No
Fiebre reumática	Si No	Enfermedad pulmonar	Si No	Inj Prolia, Inj Xgeva	Si No	Medicamento de cortisona	Si No	Enfermedad Alzheimer	Si No
Valvula artificial cardiaca	Si No	Problemas de respiración	Si No	Aredia I.V. Reclast I.V. Zometa I.V.	Si No	Coyuntura artificial	Si No	Alergias a polen o polvo	Si No
Marcapasos cardiaco	Si No	Respiración corta	Si No	Fosamax, Actionel, Boniva	Si No	Enfermedad venerea	Si No	Ronchas de la piel	Si No
Derivación de pulmones	Si No	Tos frecuente	Si No	Reciente perdida de peso	Si No	SIDE / VIH positivo	Si No	¿Ha tomado fen-phen?	Si No
Alta presión sanguínea	Si No	Bacteria inflamación de corazón	Si No	Diabetes Type I / Type II	Si No	Herpes genital	Si No	Tatuajes	Si No
Baja presión sanguínea	Si No	Sinusitis	Si No	Hipoglicemia	Si No	Adicción a una(s) droga(s)	Si No	Enfermedad del higado	Si No

¿Alguna vez ha tenido enfermedad seria o tomando medicinas no indicada arriba? Explique. _____ Si No

¿Quiere usted una consulta con el dentista en privado? _____ Si No

Que yo sepa, todas las respuestas precedentes son veridicas. Si hay cambios en el estado de mi salud, les dejare saber al dentista y los dependientes del consultorio.

X _____ Fecha _____

FIRMA DEL PACIENTE (padre o guardian)

Revisado por el Doctor _____ Fecha _____ BP _____ Pulso _____