

Nombre del Paciente	
No. de Cuenta del Paciente	Alerta Médica

¡Bienvenido(a)! Para que podamos proporcionarle la mejor atención posible por favor complete este formulario de historial médico/dental. Toda la información es completamente confidencial.

¿Cuál es la razón de su visita hoy? _____

Fecha de la última visita dental _____ Última limpieza dental _____ Últimas radiografías completas de su boca _____

¿Qué es lo que se hizo en su última visita dental? _____

Nombre del dentista anterior _____

Dirección _____ Estado _____ C.Postal _____

Teléfono _____

¿Qué tan seguido ha tenido exámenes dentales? _____

¿Qué tan seguido se cepilla los dientes? _____ ¿Qué tan seguido usa el hilo dental? _____

¿Qué otros instrumentos dentales utiliza? (Interplak, palillos, etc.) _____

¿Tiene problemas dentales ahora? Sí No

Si es así, descríbalos: _____

<p>¿Alguno de sus dientes es sensible a(l)</p> <p style="padding-left: 40px;">Calor o frío? Si No</p> <p style="padding-left: 40px;">Cosas dulces? Si No</p> <p style="padding-left: 40px;">Morder o masticar? Si No</p> <p>Ha notado algún mal olor bucal o mal sabor? Si No</p> <p>Con frecuencia tiene úlceras de herpes simples, ampollas u otras lesiones bucales? Si No</p> <p style="padding-left: 40px;">¿Las encías le sangran o lastiman? Si No</p> <p>¿Han experimentado sus padres enfermedades de las encías o pérdida de dientes? Si No</p> <p>¿Tiene las mandíbulas cansadas, especialmente en la mañana? Si No</p> <p style="padding-left: 40px;">¿Ha notado perdida de dientes o cambios al morder? Si No</p> <p>Si es así, ¿Dónde? _____ Si No</p> <p style="text-align: center;">Ud.:</p> <p>Aprieta, o le rechinan los dientes dormido (a) o despierto(a)? Si No</p> <p>Se muerde los labios o mejillas con frecuencia Si No</p> <p>Sostiene objetos extraños con los dientes? (lápices, pipa, pernos, clavos, uñas) Si No</p> <p>Respira por la boca dormido(a) o despierto(a)? Si No</p> <p>¿Ronca o tiene otros problemas para dormir? Si No</p> <p>¿Fuma/mastica tabaco o usa otros productos de tabaco? Si No</p>	<p>¿Alguna vez le han hecho o dado un Tratamiento de ortodoncia? Si No</p> <p>Cirugía bucal? Si No</p> <p>Tratamiento periodontal? Si No</p> <p>Ajuste de rechinido de dientes o mordida? Si No</p> <p>Placa de mordida o protector bucal? Si No</p> <p>Lesión seria en la boca o la cabeza? Si No</p> <p>Si es así, por favor descríbala, incluyendo la causa _____ Si No</p> <p>Ha experimentado:</p> <p>Chasquidos o ligeros estallidos de quijada? Si No</p> <p>Dolor (coyuntura, oído, lado de la cara) Si No</p> <p>Dificultad para abrir o cerrar la boca? Si No</p> <p>Dolores de cabeza, cuello u hombros? Si No</p> <p>Músculos adoloridos? Si No</p> <p>¿Esta Ud. Satisfecho con la apariencia de sus dientes? Si No</p> <p>¿Le gustaría conservar sus dientes para toda la vida? Si No</p> <p>¿Se siente nervioso(a) por recibir tratamiento dental? Si No</p> <p>Si es así, ¿Cuál es su mayor preocupación? _____ Si No</p> <p>¿Alguna vez ha tenido una experiencia dental desagradable? Si No</p> <p>Si es así descríbala _____</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

¿Hay alguna otra cosa referente a recibir tratamiento dental que desea comunicarnos? Si es así, descríbala _____

HISTORIAL MÉDICO

Nombre del Paciente	
No. de Cuenta del Paciente	Alerta Médica

1. ¿Ha estado usted bajo el cuidado de un doctor durante los últimos dos años? Si No
 Si es así, ¿para qué? _____
 Nombre del médico _____ Teléfono _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado C.Postal _____
2. ¿Ha tomado Ud. algún medicamento o droga durante los últimos dos años? Si No
3. ¿Está Ud. actualmente tomando algún medicamento o droga, incluyendo dosis regulares de aspirina o medicinas de hierbas sin receta? Si No
 Si es así, por favor escriba el nombre y dosis _____
4. ¿Alguna vez ha tomado algún medicamento con receta para perder peso, incluyendo Fen-Phen (fenfluramina-fentermina); y Redux (dexfenfluramina)? Si No
 Si dijo sí a lo anterior, ¿le hicieron un examen médico para problemas del corazón?
5. ¿Está consciente de tener alguna reacción alérgica (o adversa) a algún medicamento o sustancia? Si No
 Si es así, enumérelas: _____
6. ¿Ha estado Ud. como paciente en el hospital durante los últimos cinco años? Si No
7. Indique cuales de los siguientes ha tenido, o tiene actualmente. Marque "sí" o "no" en cada renglón.
 (Operación, enfermedad, Úlceras Si No Hepatitis A B C Si No
 ataque del corazón) Si No Diabetes Si No Enfermedad venérea Si No
 Dolor de pecho Si No Problemas de la tiroides Si No S.I.D.A Si No
 Anomalías congénitas del corazón Si No Glaucoma Si No V.I.H. Positivo Si No
 Soplo cardíaco Si No Lentes de contacto Si No Úlcera de herpes/herpes febril Si No
 Presión alta Si No Enfisema Si No Transfusión de sangre Si No
 Prolapso de la válvula mitral Si No Tos crónica Si No Hemofilia Si No
 Válvula artificial del corazón Si No Tuberculosis Si No Enfermedad de célula falciforme Si No
 Marcapasos Si No Asma Si No Le salen moretones fácilmente Si No
 Fiebre reumática Si No Fiebre del heno Si No Enfermedad del hígado Si No
 Artritis/reumatismo Si No Sensibilidad al látex Si No Ictericia amarilla Si No
 Medicina de cortisona Si No Alergias o urticaria Si No Problemas neurológicos Si No
 Tobillos hinchados Si No Problemas de sinusitis Si No Epilepsia o taques Si No
 Trombosis cerebral Si No Terapia de radiación Si No Desmayos o ataques de mareos Si No
 Dieta especial/limitada Si No Quimioterapia Si No Nervioso/ansioso Si No
 Coyunturas artificiales (cadera, rodilla, etc.) Si No Tumores Si No Atención psiquiátrica/psicológica Si No
 Problemas de riñones Si No
8. ¿Utiliza Ud. más de 2 almohadas para dormir? Si No
9. ¿Ha perdido o ganado más de 10 libras este último año? Si No
10. ¿Tiene Ud. o ha tenido alguna enfermedad, condición o problema no mencionado? Si No
 Si es así, por favor enumérelos _____
11. **Mujeres:** ¿Está Ud. embarazada o cree que pueda estar embarazada? Si _____ Meses N° _____ ¿Dando el pecho? Sí _____ No _____
12. **Mujeres:** ¿Utiliza medicamentos para el control de la natalidad? Si No

Entiendo que la información anterior es necesaria para proporcionarme atención dental de una manera y eficiente. He contestado todas las preguntas lo mejor que puedo según mi entendimiento. Si se llegara a necesitar más información, tienen mi permiso para preguntársela al proveedor o agencia de atención médica respectiva, la cual puede revelarles a ustedes dicha información. Notificaré al dentista cualquier cambio en mi salud o medicamentos.

Firma del paciente/Tutor _____ Fecha _____

Revisión del Historial

Firma del Dentista

Fecha