



INFORMACIÓN GENERAL DE SALUD

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ CHART/ACCT # \_\_\_\_\_
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Soc. Sec. # \_\_\_\_\_

HISTORIA DENTAL

- 1. ¿Por qué esta usted hoy aquí? Chequeo \_\_\_ Limpieza \_\_\_ Dolor de Muela \_\_\_ Queja principal \_\_\_
2. A) cuándo fue la última vez que visitó al dentista? \_\_\_ B) qué tratamiento fue llevado a cabo? \_\_\_
3. A) el tratamiento fue terminado? \_\_\_ B) ¿Se le Hizo una Limpieza? \_\_\_
4. A) ¿le sangran las encías con facilidad? Si \_\_\_ No \_\_\_ B) ¿Siente usted que tiene mal aliento? Si \_\_\_ no \_\_\_
5. A) son sus dientes sensibles al frío o caliente? Si \_\_\_ No \_\_\_ B) ¿le gustaría que sus dientes fueran mas blancos? Si \_\_\_ No \_\_\_
6. Cuando fue la última radiografía tomada? \_\_\_
7. ¿Alguna vez ha tenido sangrado prolongado después de una extracción? Si \_\_\_ No \_\_\_ si sí especifique \_\_\_
8. ¿Ha tenido algun problema con tratamientos dentals? Si \_\_\_ No \_\_\_ Si la respuesta es sí por favor especifique \_\_\_
9. ¿Tiene síntomas cerca de su oído asociadas con el movimiento de la mandíbula inferior como chasquidos, Tronidos, dolor o se le engancha (la mandibula) y cuesta cerrar? Si \_\_\_ No \_\_\_ Si la respuesta es sí por favor especifique \_\_\_
10. ¿Alguna vez le han diagnosticado o tratado para los TTM (Disfunción de la Articulación Temporomandibular ATM) algunas veces conocido como TMJ? Si \_\_\_ No \_\_\_ Si la respuesta es sí por favor especifique \_\_\_
11. ¿Hay cambios cosméticos que le gustaria hacer a sus dientes? Si \_\_\_ No \_\_\_ Si la respuesta es sí por favor especifique \_\_\_

Historial Médico

- 1. ¿Está bajo los cuidados de un médico en este momento? Si \_\_\_ No \_\_\_ Si la respuesta es sí por favor especifique: Nombre de Dr. \_\_\_ Tel # del Dr. \_\_\_
2. ¿Es usted alérgico a la penicilina, codeína, anestésicos locales, los tranquilizantes o cualquier otro medicamento o medicina ?Si \_\_\_ No \_\_\_
3. ¿Está tomando algún medicamento en este momento, incluyendo pildoras anticonceptivas , bisfosfonatos, o Phen-Fen ? Si \_\_\_ No \_\_\_ Si la respuesta es sí por favor especifique \_\_\_
4. (Mujeres) ¿esta usted embarazada en este momento? Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿cuántos meses \_\_\_
5. ¿EXISTEN OTRAS CONDICIONES DE LAS CUALES DEBERIAMOS ENTERARNOS? Si la respuesta es sí por favor especifique \_\_\_

6. ¿ Usted Tiene o ha tenido alguna de las siguientes? Por favor, Círcule cada uno individualmente Sí o No

Table with 8 columns: Condition, Sí, No, Condition, Sí, No, Condition, Sí, No. Rows include: Válvula de corazón Artificial, VIH/SIDA, Anemia, Angina Anemia, Artritis, Asma, Problemas de sangramiento, Cáncer, Quimio/RAD terapia, Cirugía Cosmetica, Diabetes, Hepatitis, Mareos, Colesterol Alto, Adicción a las Drogas, Enfisema, Epilepsia, Desmayos, Glaucoma, Ataque del Corazon, Cirugía del Corazon, Murmullo(Soplo) del Corazon, Problemas del Corazon, Presión Alta, Presión baja, Ictericia, Prótesis de las Coyunturas, Enfermedad de los Rinones, Problemas Del Hgado, Enfermedad pulmonar, Marcapasos, Atención Psiquiátrica, Fiebre Reumática, Sinusitis, Fumar tabaco, Derrame Cerebral, Problemas de la Tiroides, TMT/TMJ, Tuberculosis, Enfermedades Venéreas, Alergia al Látex, Osteoporosis.

Firme del paciente \_\_\_\_\_
O padre o madre si el paciente es menor de 18 anos

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Doctor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_