



INFORMACIÓN GENERAL DE SALUD

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

HISTORIA DENTAL

- ¿Por qué esta usted hoy aquí? Chequeo ___ Limpieza ___ Dolor de Muela ___ Queja principal ___
- A) cuándo fue la última vez que visitó al dentista? _____ B) qué tratamiento fue llevado a cabo? _____
- A) el tratamiento fue terminado? _____ B) ¿Se le Hizo una Limpieza? _____
- A) ¿le sangran las encías con facilidad? Si ___ No ___ B) ¿Siente usted que tiene mal aliento? Si ___ no ___
- A) son sus dientes sensibles al frío o caliente? Si ___ No ___ B) ¿le gustaría que sus dientes fueran mas blancos? Si ___ No ___
- Cuando fue la última radiografía tomada? _____
- ¿Alguna vez ha tenido sangrado prolongado después de una extracción? Si ___ No ___ si sí especifique _____
- ¿Ha tenido algun problema con tratamientos dentals? Si ___ No ___ Si la respuesta es sí por favor especifique _____
- ¿Tiene síntomas cerca de su oído asociadas con el movimiento de la mandíbula inferior como chasquidos, Tronidos, dolor o se le engancha (la mandíbula) y cuesta cerrar? Si ___ No ___ Si la respuesta es sí por favor especifique _____
- ¿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 _____
- ¿Hay cambios cosméticos que le gustaria hacer a sus dientes? Si ___ No ___ Si la respuesta es sí por favor especifique _____

Historial Médico

- ¿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. _____
- ¿Es usted alérgico a la penicilina, codeína, anestésicos locales, los tranquilizantes o cualquier otro medicamento o medicina? Si ___ No ___
- ¿Está tomando algún medicamento en este momento, incluyendo pildoras anticonceptivas, bisfosfonatos, o Phen-Fen? Si ___ No ___ Si la respuesta es sí por favor especifique _____
- (Mujeres) ¿esta usted embarazada en este momento? Sí ___ No ___ ¿cuántos meses _____
- ¿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

| | | | | | | | | |
|-------------------------------|----|----|-----------------------------|----|----|--------------------------|----|----|
| Válvula de corazón Artificial | Si | No | Addiccion a las Drogas | Si | No | Problemas Del Hígado | Si | No |
| VIH/SIDA | Si | No | Enfisema | Si | No | Enfermedad pulmonar | Si | No |
| Anemia | Si | No | Epilepsia | Si | No | Marcapasos | Si | No |
| Angina Anemia | Si | No | Desmayos | Si | No | Atención Psiquiátrica | Si | No |
| Artritis | Si | No | Glaucoma | Si | No | Fiebre Reumática | Si | No |
| Asma | Si | No | Ataque del Corazon | Si | No | Sinusitis | Si | No |
| Problemas de sangramiento | Si | No | Cirugía del Corazon | Si | No | Fumar tabaco | Si | No |
| Cáncer | Si | No | Murmullo(Soplo) del Corazon | Si | No | Derrame Cerebral | Si | No |
| Quimio/RAD terapia | Si | No | Problemas del Corazon | Si | No | Problemas de la Tiroides | Si | No |
| Cirugía Cosmetica | Si | No | Presión Alta | Si | No | TMT/TMJ | Si | No |
| Diabetes | Si | No | Presión baja | Si | No | Tuberculosis | Si | No |
| Hepatitis | Si | No | Ictericia | Si | No | Enfermedades Venéreas | Si | No |
| Mareos | Si | No | Prótesis de las Coyunturas | Si | No | Alergia al Látex | Si | No |
| Colesterol Alto | Si | No | Enfermedad de los Rinones | Si | No | Osteoporosis | Si | No |

Firme del paciente _____

Fecha _____

O padre o madre si el paciente es menor de 18 años

Firma del Doctor _____

Fecha _____