

## Historia Dental

Razone para la visita actual:

Dentista anterior:

Fecha de su ultima cita dental:

La fecha de últimas radiografías dentales

**Marque "Sí" o "No" indicar si usted actualmente tiene o tuvo anteriormente cualquiera de lo Siguiente:**

Mal aliento  Sí  No

Muerda los labios o los cheques  Sí  No

Gomas sangrientas  Sí  No

Las ampollas en labios o articula  Sí  No

Masque en un lado de boca  Sí  No

Seque boca  Sí  No

Reúna alimento entre dientes  Sí  No

Muela dientes  Sí  No

Gomas hinchadas o tiernas  Sí  No

Dolor de mandíbula o cansancio  Sí  No

Articule respirar  Sí  No

Tratamiento de ortodoncia  Sí  No

Aflija alrededor de oreja  Sí  No

Periodontal (goma) la enfermedad  Sí  No

La sensibilidad al Frío  Sí  No

La sensibilidad a caliente  Sí  No

**Que experimentó:**

Chasquido o pinchando de la  Sí  No

Mandíbul  Sí  No

¿El dolor? (coyuntura, la oreja, la cara)  Sí  No

¿Dificulty en el oponing o cerrar la boca?  Sí  No

La frecuencia de cepillar \_\_\_\_\_

La frecuencia de usar el hilo dental \_\_\_\_\_

**¿Requiere antibióticos antes de tratamiento dental?**  Sí  No

Tiene algun dolor ahora??  Sí  No

Ha tenido problemas con algun tratamiento dental en el pasado  Sí  No

¿Quiere la sonrisa?  Sí  No

¿Está nervioso acerca de tener tratamiento dental  Sí  No

¿Jamás ha tenido usted una e xperiencia dental mala?  Sí  No

Si sí, describe por favor: \_\_\_\_\_

¿Hay otra cosa acerca de tener tratamiento dental que usted nos querría saber? \_\_\_\_\_

## Historia Clínica

Su salud Física es:

Bueno  Feria  Pobre

¿Es tratado por un médico ahora?

Sí  No

Explique por favor:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Toma cualquier prescripción o sobre las drogas contrarias?  Sí  No

Liste por favor:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Fuma o utiliza tabacco en cualquier otras formas?  Sí  No

**¿Tiene o jamás ha tenido usted cualquiera de las enfermedades siguientes o problemas médicos?**

Sungrar anormal  Sí  No

Alcohol / Drogas de uso recreativo  Sí  No

Enfermedad de alzheimer  Sí  No

Anemia  Sí  No

Artritis  Sí  No

Los Huesos artificiales/Válvulas  Sí  No

Asma  Sí  No

Transfusión de sangre  Sí  No

Magulle fácilmente  Sí  No

El cáncer/la Quimioterapia  Sí  No

Colitis  Sí  No

Diabetes  Sí  No

La dificultad que respira  Sí  No

Enfisema  Sí  No

Epilepsia  Sí  No

Desmayos  Sí  No

Frecuente dolores de cabeza  Sí  No

Glaucoma  Sí  No

polinosis  Sí  No

Problemas cardíacos  Sí  No

Soplo en el corazón  Sí  No

Hemofilia  Sí  No

Hepatitis  Sí  No

Herpes  Sí  No

Hipertensión  Sí  No

HIV+ / AIDS  Sí  No

Reemplazo conjunto  Sí  No

## Historia Clínica

Problemas de riñón

Sí  No

Afección hepatica

Sí  No

Hipotensión

Sí  No

Prolapso mitral de válvula

Sí  No

Nerviosos / ansiosos

Sí  No

marcapasos

Sí  No

Psychiatric/cuidado fisiologico

Sí  No

Tratamiento de radation

Sí  No

Fiebre reumática / Escarlatina

Sí  No

Tomas

Sí  No

Problemas nasales (sinusitis)

Sí  No

Golpe

Sí  No

Problemas de tiroides

Sí  No

Tuberculosis (TB)

Sí  No

Tumores o crecimientos

Sí  No

Ulceras

Sí  No

Enfermedad venereal

Sí  No

¿Tiene o ha tenido usted ninguna enfermedad, la condición o el problema no listaron arriba?

Sí  No

Si sí describe por favor \_\_\_\_\_

¿Ha sido internado para alguna razón?

Sí  No

Si sí describe por favor \_\_\_\_\_

¿Es alérgico a cualquiera del siguiente?

Amoxicillin  Yes  No

Aspirin  Yes  No

Clindamycin  Yes  No

Codeine  Yes  No

Anestésicos dentales  Yes  No

Eritromicina  Yes  No

Látex  Yes  No

Metales  Yes  No

Penicilina  Yes  No

Sulfa  Yes  No

Tetraciclina  Yes  No

Otro \_\_\_\_\_

**Solo Para Mujeres:**

¿Toma alguna píldoras anticonceptiva?

Sí  No

¿Está embarazada?

Sí  No

¿Cuida?

Sí  No

**Certifico que la información antes mencionada es correcta según mi leal saber y entender.** Comprendo que proporcionando información inexacta puede ser peligroso a mí (o el paciente) la salud. Yo no tendré mi dentista ni a ningún miembro de su equipo dental responsable de errores ni omisiones que he hecho en la terminación de esta forma.

Paciente o Firma Responsable de Partido: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Certifico que una copia de Nota de esta oficina de Prácticas de Intimidad ha sido hecha available a mí.** Yo ahve fue dada la oportunidad de preguntar cualquier pregunta que puedo tener con respecto a esta Nota.

Paciente o Firma Responsable de Partido: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_