

## 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	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Muerda los labios o los cheques	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Gomas sangrientas	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Las ampollas en labios o articula	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Masque en un lado de boca	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Seque boca	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Reúna alimento entre dientes	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Muela dientes	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Gomas hinchadas o tiernas	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dolor de mandíbula o cansancio	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Articule respirar	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tratamiento de ortodoncia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Aflija alrededor de oreja	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Periodontal (goma) la enfermedad	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
La sensibilidad al Frío	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
La sensibilidad a caliente	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**Que experimentó:**

Chasquido o pinchando de la Mandíbul Si ☐ No ☐

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

¿Difficulty en el opoening o cerrar la boca? Si ☐ No ☐

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

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

**¿Requiere antibióticos antes de tratamiento dental?** Si ☐ No ☐

Tiene algun dolor ahora?? Si ☐ No ☐

Ha tenido problemas con algun tratamiento dental en el pasado Si ☐ No ☐

¿Quiere la sonrisa? Si ☐ No ☐

¿Está nervioso acerca de tener tratamiento dental Si ☐ No ☐

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

Explique por favor: \_\_\_\_\_

¿Toma cualquier prescripción o sobre las drogas contrarias? Si ☐ No ☐

Liste por favor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Fuma o utiliza tabacco en cualquier otras formas? Si ☐ No ☐

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

Sungrar anormal Si ☐ No ☐

Alcohol / Drogas de uso recreativo Si ☐ No ☐

Enfermedad de alzheimer Si ☐ No ☐

Anemia Si ☐ No ☐

Artritis Si ☐ No ☐

Los Huesos artificiales/Válvulas Si ☐ No ☐

Asma Si ☐ No ☐

Transfusión de sangre Si ☐ No ☐

Magulle fácilmente Si ☐ No ☐

El cáncer/la Quimioterapia Si ☐ No ☐

Colitis Si ☐ No ☐

Diabetes Si ☐ No ☐

La dificultad que respira Si ☐ No ☐

Enfisema Si ☐ No ☐

Epilepsia Si ☐ No ☐

Desmayos Si ☐ No ☐

Frecuente dolores de cabeza Si ☐ No ☐

Glaucoma Si ☐ No ☐

polinosis Si ☐ No ☐

Problemas cardíacos Si ☐ No ☐

Soplo en el corazón Si ☐ No ☐

Hemofilia Si ☐ No ☐

Hepatitis Si ☐ No ☐

Herpes Si ☐ No ☐

Hipertensión Si ☐ No ☐

HIV+ / AIDS Si ☐ No ☐

Reemplazo conjunto Si ☐ No ☐

## Historia Clínica

Problemas de riñón Si ☐ No ☐

Afección hepatica Si ☐ No ☐

Hipotensión Si ☐ No ☐

Prolapso mitral de válvula Si ☐ No ☐

Nervioso / ansioso Si ☐ No ☐

marcapasos Si ☐ No ☐

Psychiatric/cuidado fisiologico Si ☐ No ☐

Tratamiento de radation Si ☐ No ☐

Fiebre reumática / Escarlatina Si ☐ No ☐

Tomas Si ☐ No ☐

Problemas nasales (sinusitis) Si ☐ No ☐

Golpe Si ☐ No ☐

Problemas de tiroides Si ☐ No ☐

Tuberculosis (TB) Si ☐ No ☐

Tumores o crecimientos Si ☐ No ☐

Ulceras Si ☐ No ☐

Enfermedad venereal Si ☐ No ☐

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

Si sí describe por favor \_\_\_\_\_

¿Ha sido internado para alguna razón? Si ☐ 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? Si ☐ No ☐

¿Está embarazada? Si ☐ No ☐

¿Cuida? Si ☐ No ☐

**Certifico que la información antes mencionada es correcta según mi leal saber y entender.** Comprendo que proporcionando información inexacta puede ser peligroso a mi (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 disponible 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: \_\_\_\_\_