

Historial de Salud

Nombre del Paciente: _____ Fecha _____

¿Cuál es la razón por la que nos visita hoy? _____

¿Cuándo fu su última visita dental? _____

¿Tiene usted algún problema dental ahora? Por favor describa: _____

HISTORIA DENTAL

¿Ha tenido alguna vez una reacción desfavorable al tratamiento dental?	Sí	No
¿Ha tenido alguna vez una experiencia dental desagradable?	Sí	No
¿Tiene dientes sensibles?	Sí	No
¿Sangran sus encías?	Sí	No
¿Aprieta o rechina los dientes mientras está despierto o dormido?	Sí	No
¿Ha tenido alguna herida en la cara o la mandíbula?	Sí	No
¿Ha recibido anestesia local (Novocaina, etc.)?	Sí	No
¿Alguna vez ha tenido una reacción desfavorable con algún anestésico local?	Sí	No

HISTORIA MEDICA

¿Está bien de salud? Sí No

¿Está bajo el cuidado de un médico? Sí No

De ser así, ¿qué condición le está tratando? _____

¿Ha tenido alguna enfermedad seria o alguna operación? Sí No

De ser así, ¿qué enfermedad u operación? _____

¿Está tomando medicamentos, drogas, hierbas, alguna otra medicina? Sí No

De ser así, ¿cuáles? _____ ¿qué dosis? _____

¿Es Usted alérgico a algún medicamento o material? Sí No

Penicilina, Tetraciclina, Sulfas, Aspirina, Codeina, Latex, Otro(s)

En caso de ser alérgico a otro(s) favor de anotar _____

¿Fuma? De ser así, ¿cuánto? _____ Cigarillos, Puros, Cajetillas al día? Sí No

Favor de indicar con un círculo si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades:

Problema del corazón	Sí No	Embolia Cerebral	Sí No	Anemia	Sí No	Osteoporosis	Sí No
Dolor de Pecho	Sí No	Articulación Artificial	Sí No	Alergias o urticaria	Sí No	Enfermedad del Riñón	Sí No
Soplo Cardíaco	Sí No	Enfermedad del Hígado	Sí No	Radioterapia	Sí No	Hemofilia/Enf. De la Sangre	Sí No
Ulceras	Sí No	Diabetes	Sí No	Quimioterapia	Sí No	Presión arterial alta	Sí No
Marcapasos	Sí No	Problemas de tiroides	Sí No	Tumor o Cancer	Sí No	Desórdenes Neurológicos	Sí No
Tuberculosis	Sí No	Sinusitis	Sí No	Artritis/Reumatismo	Sí No	Epilepsia/convulsions	Sí No
Asma	Sí No	Enfisema	Sí No	Herpes labial/Fuegos	Sí No	Tratamiento Psiquiátrico	Sí No
VIH Positivo	Sí No	Hepatitis	Sí No	Válvula artificial del corazón	Sí No	Prolapso de válvula Mitral	Sí No

¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad que no esté en la lista? _____

¿Alguna vez ha tomado drogas tales como Fen-phen, Redux, o alguna otra droga para el control de peso? Sí No

Mujeres: ¿Está usted embarazada? _____ ¿Dando pecho? _____ ¿Toma píldoras anticonceptivas? _____

Entiendo que la información arriba es necesaria para proporcionarme con cuidado dental de manera segura y eficiente. He respondido a todas las preguntas con todo mi conocimiento. Si información adicional es necesaria, usted tiene mi permiso para preguntar al proveedor respectivo de asistencia médica o agencia, que libere tal información a usted.

Firma del paciente o padre/madre: _____ Fecha: _____

Firma del Dentista: _____ Fecha: _____

ACTUALIZACION 1- Desde su última visita:

¿Ha Usted visitado a un Médico? Sí No

¿Ha habido algún cambio en sus medicamentos? Sí No

Por favor notifique cambios desde su última visita _____

Fecha _____ Firma _____

ACTUALIZACION 2- Desde su última visita:

¿Ha Usted visitado a un Médico? Sí No

¿Ha habido algún cambio en sus medicamentos? Sí No

Por favor notifique cambios desde su última visita _____

Fecha _____ Firma _____