

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE _____

FECHA _____

Razón principal de esta cita dental: Examen Emergencia Consulta

Historia Dental

Marque un círculo

¿Tiene usted un problema dental específico? Explique. _____ Sí No
¿Consulta usted con el dentista regularmente? ¿Última consulta? _____ Sí No
¿Cree usted que tiene caries o enfermedad de las encías? _____ Sí No
¿Se lava los dientes regularmente y usa hilo dental? Explique. _____ Sí No
¿Le han sangrado las encías? Explique. _____ Sí No
¿A usted le gusta su sonrisa? ¿Por qué? _____ Sí No
¿Se le ator la comida entre los dientes? Tiene dientes sueltos? _____ Sí No
¿Quiere usted salvar la dentadura que le queda? _____ Sí No
¿A veces le molesta la coyuntura mandibular? Rechina usted los dientes? _____ Sí No
¿Siempre han sido positivas sus experiencias en el consultorio del dentista? _____ Sí No
¿Fuma o mastica el tabaco? ¿Tiene llagas o tumores en la boca? Explique. _____ Sí No
Nombre de su dentista anterior. (Opcional) _____
Fecha de la última radiografía de la boca entera (16 tomas o panorámica). _____

Historia Médica

¿Está Ud. bajo el cuidado de un médico ahora? ¿Por qué? ¿Quién? _____ Tel _____ Sí No
¿Alguna vez se ha hospitalizado o ha tenido una operación mayor? Explique. _____ Sí No
¿Alguna vez se ha lastimado seriamente el cuello o la cabeza? Explique. _____ Sí No
¿Está tomando medicamentos, aspirina, vitamina, herbario, pildoras, o drogas? ¿Cuales? _____ Sí No
¿Está siguiendo una dieta especial? Explique. _____ Sí No
¿Tiene alergias a cualquier medicamento o substancia? Indique abajo. _____ Sí No
[] Aspirina [] Penicilina [] Codeína [] Acrílico [] Metal [] Hule látex [] Leche [] Otro _____
MUJERES (Favor de indicar): [] Embarazada/tratando de concebir [] Lactando [] Tomando contraceptivos orales.
Explique _____ Sí No

*Si usted contesta "si" a cualquiera de las condiciones con estrellita en la lista abajo, favor de llamar antes de su cita ... tal vez se requiere medicamento previo.

Table with 10 columns of medical conditions and checkboxes for 'Sí' and 'No'. Conditions include: Enfermedad cardíaca/Cirugía al corazón, Susurro de corazón o defecto*, Palpitación irregular, Angina de pecho, Ataque cardíaco, Desorden cardíaco congénital*, Prolapso válvula mitral*, Escarlatina, Fiebre reumática*, Válvula artificial cardíaca*, Marcapasos cardíaco*, Derivación de pulmoner*, Alta presión sanguínea, Baja presión sanguínea, Bacteria inflammation de corazón*, Fiebre no explicado, Moretones salen con facilidad/, Enfermedad sanguínea, Anemia, Coronary stent*, Desangramiento excesivo, Anemia de células falciformes, Hemofilia, Methemoglobinemia, Leucemia, Transfusión de sangre reciente, Hinchamiento de extremidades, Enfermedad pulmonar, Problemas con respirar, Respiración corta, Tos frecuente, Alergia al polen, Sinusitis, Asma, Se escupa sangre, Enfisema, Tuberculosis, Cíncer, Radiación (Rayos X), Quimioterapia, Osteoporosis, Bisphosphonates, Osteonecrosis de mandibula, Aredia I.V. Reclast I.V., Zometa I.V., Fosamax, Actonel, Boniva, Enfermedad estomacal, Úlceras, Reciente pérdida de peso, Diarrea frecuente, Diabetes, Sed excesiva, Hipoglicemia, Enfermedad del hígado, Hepatitis A (infectuosa), Hepatitis B o C, Protease Inhibitor, Se suda de noche, Ictericia amarilla, Problemos con los riñones, Diálisis renal, Enfermedad de la tiroides, Enfermedad paratirodea, Artritis o gota, Reumas, Dolor coyuntura mandíbula, Medicamento cortisona, Coyuntura artificial*, Enfermedad sexuales, SIDA, VIH positivo, Herpes genital, Adicción a una(s) droga(s), Tattoos/Penetrante de cuerpo, Liagas en la boca, Liaga alrededor de la boca, Herpes, Embolia, Convulsiones, Epilepsia, Desmayos o vértigo, Glaucoma, Tumores, Nerviosidad, Bajo cuidado de psiquiatra, Enfermedad Alzheimer, Alergias a medicamentos, Alergias a polen o polvo, Ronchas de la piel, ¿Necesitar medicación antes?, ¿Ha tomado fen-phen?, Cochlear implants.

¿Alguna vez ha tenido enfermedad sería no indicada arriba? Explique. _____ Sí No
¿Quiere usted una consulta con el dentista en privado? _____ Sí No
Que yo sepa, todas las respuestas precedentes son verdicas. Si hay cambios en el estado de mi salud, les dejaré saber al dentista y a los representantes del consultorio.

X _____ Fecha _____
FIRMA DEL PACIENTE (padre o guardián)

Revisado por el Doctor _____ Fecha _____ BP _____ Pulso _____
Revisión de la historia y conclusiones: _____

Actualización Médica

Yo he leído mi HISTORIA MÉDICA fechada _____ y confirmo que la misma refleja precisamente mis condiciones anteriores y presentes.

Table with 6 columns: FECHA, EXCEPCIONES, FIRMA DEL PACIENTE, BP, PULSO, REVISADA POR. Rows show 'Ninguna' for exceptions and signatures.