

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 <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿El dolor? (coyuntura, la oreja, la cara) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Dificulty en el opoening o cerrar la boca? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

La frecuencia de cepillar _____

La frecuencia de usar el hilo dental _____

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Requiere antibióticos antes de tratamiento dental? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Tiene algun dolor ahora?? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Ha tenido problemas con algun tratamiento dental en el pasado | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Quiere la sonrisa? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Está nervioso acerca de tener tratamiento dental | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Jamás ha tenido usted una experiencia dental mala? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 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 <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Alcohol / Drogas de uso recreativo | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad de alzheimer | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Anemia | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Artritis | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Los Huesos artificiales/Válvulas | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Asma | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Transfusión de sangre | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Magulle fácilmente | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| El cáncer/la Quimioterapia | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Colitis | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| La dificultad que respira | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Enfisema | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Desmayos | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Frecuente dolores de cabeza | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Glaucoma | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| polinosis | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Problemas cardíacos | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Soplo en el corazón | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Hemofilia | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Herpes | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Hipertensión | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| HIV+ / AIDS | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Reemplazo conjunto | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Historia Clínica

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Problemas de riñón | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Afección hepatica | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Hipotensión | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Prolapso mitral de válvula | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Nervioso / ansioso | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| marcapasos | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Psychiatric/cuidado fisiologico | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Tratamiento de radation | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Fiebre reumática / Escarlatina | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Tomas | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Problemas nasales (sinusitis) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Golpe | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Problemas de tiroides | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Tuberculosis (TB) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Tumores o crecimientos | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Ulceras | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad venereal | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene o ha tenido usted ninguna enfermedad, la condición o el problema no listaron arriba? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

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 <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Aspirin | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Clindamycin | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Codeine | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Anestésicos dentales | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Eritromicina | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Látex | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Metales | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Penicilina | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Sulfa | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Tetraciclina | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Otro _____ | | |

Solo Para Mujeres:

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Toma alguna píldoras anticonceptiva? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Está embarazada? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Cuida? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

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: _____