

HISTORIAL MEDICO

Nombre del paciente: _____
Apellido Nombre Inicial Fecha

Razon por la cual nos visita hoy _____

HISTORIAL DENTAL

Fecha de la ultima visita dental: ___/___/___ Razon: _____

¿Ha tenido alguna vez una experiencia en alguna oficina de dentistas que nos quiera relatar? __SI __NO Si, la respuesta es si, por favor expliquenos _____

¿Esta Ud. Aprensivo al tratamiento dental? SI NO ¿Esta inconforme con la apariencia de sus dientes? SI NO

¿Le sangran la encias o las siente irritadas o sensibles? SI NO ¿Tiene dientes descoloridos que le molestan? SI NO

¿Estan sus dientes sensibles al calor, frio, dulces, presion? SI NO ¿Le aceptan los rellenos platos? SI NO

HISTORIAL MEDICO

Fecha de la ultima visita medico: ___/___/___ ¿Para que condicion medica? _____

¿Tiene usted o tenia cualquier enfermedad seria, operacion, o hospitalizacion en el plazo de lo cinco anos? SI NO Si, por favor expliquenos: _____

El nombre y direccion de su medico(s) _____

Nombre Direccion Numero de Telefono

Enumere por favor todas las medicaciones con dosificaciones que usted esta actualmente consumiendo: _____

Marque cualquier condicion que haya tenido o tenga en este momento:

<input type="checkbox"/> Sonidos irregulares del corazon	<input type="checkbox"/> Fiebre escarlata	<input type="checkbox"/> Nerviosismo	<input type="checkbox"/> Glaucoma
<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazon	<input type="checkbox"/> Problema de los rinones	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroide	<input type="checkbox"/> Dolor en las quijadas
<input type="checkbox"/> Alta presion sanguinea	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Quinioterapia	<input type="checkbox"/> Epatitis (Typo A,B,C)
<input type="checkbox"/> Diabetis (Typo I or II)	<input type="checkbox"/> Ulceras	<input type="checkbox"/> Cancer/ Leusemia	<input type="checkbox"/> SIDA
<input type="checkbox"/> Marcador de latidos del corazon	<input type="checkbox"/> Enficema	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Enfermedad venerea
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Reumatismo	<input type="checkbox"/> Se le marca la piel facilmente
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Medicina con cortizona	<input type="checkbox"/> Otros _____
<input type="checkbox"/> Emofilia	<input type="checkbox"/> Bronquitis	<input type="checkbox"/> Enfermedad de las celulas rojas en la sangre	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad reumatica	<input type="checkbox"/> Fiebre del heno		_____

FEMALE: ¿Esta embarazada? SI NO ¿Por cuanto tiempo? _____

Estad usted tomando pildoras del control de la natalidad SI NO (Nota: El uso de antibioticos diluira los efectos de pildoras del Control de la natalidad).

Marque cualquiera de las siguientes medicinas a las que Ud. Es alergico:

<input type="checkbox"/> Anestecia local	<input type="checkbox"/> Codeina u otros narcoticos	<input type="checkbox"/> Latex
<input type="checkbox"/> Aspirinas	<input type="checkbox"/> Droga de sulfa	<input type="checkbox"/> Otros _____
<input type="checkbox"/> Yodo	<input type="checkbox"/> Tranquilizantes, barbituricos o pastillas par dormir	
<input type="checkbox"/> Penicilina u otros antibioticos		

A mi mejor conocimiento, todas las anteriores respuestas son ciertas y correctas. Si en algun momento yo tengo algun cambio en mi salud o algun cambio en las medicinas que yo tomo, yo le informare a mi dentista en la proxima cita.

Firma del paciente/ Padre/ Guardian Fecha Firma del dentista Fecha

PARA EL USO DEL FUTURO

A mi mejor conocimiento, algun cambio en mi salud o algun cambio en las medicinas que yo tomo es correcto (as above)

Fecha	Firma del Paciente/ Padre/ Guardian	Dentista
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____