

Nombre del Paciente _____ **Fecha de Hoy** _____
Dirección Residencial _____ **Fecha de Nacimiento** _____
 _____ **Teléfono de la Casa** _____
Correo Electrónico _____ **Teléfono Celular** _____
Dirección del Trabajo _____ **Teléfono del Trabajo** _____
 _____ **Número de Seguro Social** _____

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Médico _____ Teléfono de la Oficina _____ Fecha del Ultimo Examen _____

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|---|---|
| | Sí | No | | |
| 1. ¿Está actualmente bajo tratamiento médico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. ¿Es usted alérgico o ha tenido alguna reacción a alguno de los siguientes medicamentos? | |
| 2. ¿Ha sido hospitalizado alguna vez debido a un procedimiento quirúrgico o una enfermedad grave? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Anestésicos Locales | <input type="checkbox"/> Barbitúricos |
| 3. ¿Está tomando algún medicamento, incluyendo medicinas sin receta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (por ejemplo, novocaína) | <input type="checkbox"/> Aspirina |
| Si afirmativo, ¿cuáles son? _____ | | | <input type="checkbox"/> Penicilina u otros antibióticos | <input type="checkbox"/> Sedantes |
| | | | <input type="checkbox"/> Medicamentos a base de sulfá | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| 4. ¿Alguna vez ha tomado Fen-Phen/Redux? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 5. ¿Usted fuma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. ¿Tiene una tos persistente o molestias de la garganta que no estén relacionadas con alguna enfermedad conocida (por más de 3 semanas)? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ingiere bebidas alcohólicas, cocaína u otras drogas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 7. ¿Usa usted lentes de contacto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Si Es Mujer: | |
| | | | a) ¿Está usted o cree que podría estar en estado de embarazo? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | b) ¿Está dando el pecho a su bebé? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | | | c) ¿Está tomando píldoras anticonceptivas? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

11. ¿Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades o dolencias?
- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Observaciones

Firma del Dentista _____ Fecha _____

HISTORIA DENTAL DEL PACIENTE

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| | Sí | No | | Sí | No |
| 1. ¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes o usa hilo dental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. ¿Padece usted de dolores de cabeza frecuentes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos fríos o calientes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. ¿Apreti o cruje usted los dientes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos dulces o ácidos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. ¿Se muerde los labios o el interior de las mejillas con frecuencia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Siente dolor en alguno de los dientes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. ¿Ha sufrido extracciones difíciles en el pasado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Tiene alguna herida o abultamiento en o alrededor de la boca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. ¿Se le ha practicado algún trabajo de ortodoncia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha sufrido alguna vez una lesión en la cabeza, en el cuello o en la mandíbula? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. ¿Ha sangrado prolongadamente después de una extracción? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Alguna vez ha padecido de alguno de los siguientes problemas en la mandíbula? | | | 14. ¿Ha recibido instrucción sobre el método correcto de cepillarse los dientes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a) ¿Ruidos ligeros? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. ¿Ha recibido instrucción sobre el cuidado de las encías? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) ¿Dolor (en la articulación, el oído, o en el lado de la cara)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| c) ¿Dificultad a abrir o cerrar la boca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| d) ¿Dificultad al masticar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

Certifico que he leído y entendido la información anterior. Las preguntas anteriores han sido contestadas con exactitud, a mi mejor saber y entender. Entiendo que suministrar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud.

FIRMA

X

Firma del Padre o Tutor (si el paciente es menor de edad) _____

Fecha _____