

HISTORIAL DENTAL

¿Qué le gustaría que hicieramos hoy? _____

¿Tiene usted alguna incomodidad dental el día de hoy? _____

Dentista anterior _____ Domicilio _____

Email del Dentista _____ Tel _____

Fecha del último cuidado dental _____ Fecha de las últimas radiografías _____

Marque con una palomita (✓) sí o no si a tenido alguno de los siguientes problemas:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☐ Sí ☐ No Mal aliento | ☐ Sí ☐ No Comida entre los dientes | ☐ Sí ☐ No Tratamiento periodontal | ☐ Sí ☐ No Sensibilidad a lo dulce |
| ☐ Sí ☐ No Sangrado de las encías | ☐ Sí ☐ No Rechinado de dientes | ☐ Sí ☐ No Sensibilidad a lo frío | ☐ Sí ☐ No Sensibilidad al morder |
| ☐ Sí ☐ No La mandíbula se salta o hace ruido | ☐ Sí ☐ No Dientes sueltos o rellenos rotos | ☐ Sí ☐ No Sensibilidad al calor | ☐ Sí ☐ No Úlcera o brotes en la boca |

¿Qué tan seguido se cepilla? _____ ¿Que tan seguido usa el hilo dental? _____

¿Cómo se siente sobre la apariencia de sus dientes? _____

¿Alguna vez a experimentado una reacción adversa durante o en conjunto con un medicamento o procedimiento dental? ☐ Sí ☐ No

Otra información sobre su salud dental o tratamiento previo _____

HISTORIAL MEDICO

Nombre del doctor _____ Tel _____

Fecha de la última visita _____ ¿A tenido alguna enfermedad o operación seria? ☐ Sí ☐ No

Si sí, describa _____

¿Está usted actualmente bajo cuidado médico? ☐ Sí ☐ No Si sí, describa _____

¿Alguna vez a tenido una transfusión de sangre? ☐ Sí ☐ No Si sí, dé las fechas aproximadas _____

¿Alguna vez a tomado Fen-Phen/Redux? ☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez usted a usado el medicamento bisfosfonato? Las marcas reconocidas incluyen Fosamax, Actonel, Atelvia, Didronel y Boniva. ☐ Sí ☐ No

Mujeres: ¿Está usted embarazada? ☐ Sí ☐ No ¿Está usted amamantando? ☐ Sí ☐ No

¿Está usted tomando píldoras anticonceptivas? ☐ Sí ☐ No

Marque con una palomita (✓) si alguna vez a tenido alguna de las siguientes condiciones:

- | | | | |
|---|--|--|--|
| ☐ Sí ☐ No SIDA, VIH positivo | ☐ Sí ☐ No Tos persistence | ☐ Sí ☐ No Enfermedad o padecimiento del riñon | ☐ Sí ☐ No Culebrilla o herpes zoster |
| ☐ Sí ☐ No Anafixis | ☐ Sí ☐ No Tos con sangre | ☐ Sí ☐ No Enfermedad del hígado | ☐ Sí ☐ No Falta de aliento |
| ☐ Sí ☐ No Anemia | ☐ Sí ☐ No Diabetes | ☐ Sí ☐ No Alergias a materiales (latex, lana, metal, químicos) | ☐ Sí ☐ No Salpullido en la piel |
| ☐ Sí ☐ No Artritis, reumatismo | ☐ Sí ☐ No Epilepcia | ☐ Sí ☐ No Prolapso de la válvula mitral | ☐ Sí ☐ No Espina bifida |
| ☐ Sí ☐ No Válvulas artificiales del corazón | ☐ Sí ☐ No Desmayos | ☐ Sí ☐ No Problema de los nervios | ☐ Sí ☐ No Embolia |
| ☐ Sí ☐ No Articulaciones artificiales | ☐ Sí ☐ No Alergia a un tipo de comida | ☐ Sí ☐ No Operación del corazón/marcapasos | ☐ Sí ☐ No Implantes quirúrgicos |
| ☐ Sí ☐ No Asma | ☐ Sí ☐ No Glaucoma | ☐ Sí ☐ No Cuidado psiquiatrico | ☐ Sí ☐ No Inflamación de los pies y tobillos |
| ☐ Sí ☐ No Atópico (Propenso a las alergias) | ☐ Sí ☐ No Dolor de cabeza | ☐ Sí ☐ No Rápida perdida y ganancia de peso | ☐ Sí ☐ No Enfermedad o padecimiento de la tiroides |
| ☐ Sí ☐ No Problemas de la espalda | ☐ Sí ☐ No Irregularidad cardiaca | ☐ Sí ☐ No Tratamiento de radiación | ☐ Sí ☐ No Hábitos al tabaco |
| ☐ Sí ☐ No Enfermedades de la sangre | ☐ Sí ☐ No Problemas del corazón | ☐ Sí ☐ No Enfermedades respiratorias | ☐ Sí ☐ No Amigdalitis |
| ☐ Sí ☐ No Cáncer | Describe _____ | ☐ Sí ☐ No Fiebre reumática | ☐ Sí ☐ No Tuberculosis |
| ☐ Sí ☐ No Dependencia química | ☐ Sí ☐ No Hemofilia/Hemorragia anormal | | ☐ Sí ☐ No Úlcera/colitis |
| ☐ Sí ☐ No Quimioterapia | ☐ Sí ☐ No Herpes | | ☐ Sí ☐ No Enfermedades venerias |
| ☐ Sí ☐ No Problemas de circulación | ☐ Sí ☐ No Hepatitis | | |
| ☐ Sí ☐ No Tratamientos de cortisona | ☐ Sí ☐ No Alta presión | | |
| | ☐ Sí ☐ No Dolor en la mandíbula | | |

¿Está el paciente actualmente tomando algún medicamento?

Si sí, enlistelos todos:

¿Tiene el paciente alergia a algún medicamento?

Si sí, enlistelos todos:

AUTORIZACION

He revisado la información en éste cuestionario y es precisa según mi conocimiento. Entiendo que ésta información será utilizada por el dentista para ayudar a determinar un tratamiento dental apropiado y saludable. Si hay algún cambio en mi estatus médico, se lo informaré al dentista.

Autorizo a la compañía de seguros indicada en éste formulario a pagar al dentista todos los beneficios asegurados por los servicios prestados que de otra manera fueran pagaderos a mi. Autorizo el uso de ésta firma en todos los peticiones al seguro.

Autorizo al dentista a revelar toda información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Entiendo que soy económicamente responsable por todos los cargos ya sean o no pagados por el seguro.

Firma _____ Fecha _____

El pago debe hacerse en su totalidad a la hora del tratamiento al menos que se hayan aprobado arreglos con anterioridad.