

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE

DIRECCIÓN RESIDENCIAL

CORREO ELECTRÓNICO

DIRECCIÓN DEL TRABAJO

FECHA DE HOY

FECHA DE NACIMIENTO

TELÉFONO DE LA CASA

TELÉFONO CELULAR

TELÉFONO DEL TRABAJO

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

MÉDICO

TELÉFONO DE LA OFICINA

FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN

PREGUNTAS DE HISTORIA MÉDICA

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
1. ¿Está actualmente bajo tratamiento médico?	☐	☐	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?	☐	☐	SÍ NO	SÍ NO	SÍ NO	SÍ NO	SÍ NO	
3. ¿Está tomando algún medicamento, incluyendo medicinas sin receta?	☐	☐	Anestésicos locales (por ejemplo, novocaína)	☐	☐	Barbitúricos	☐	☐
Si contestó sí, ¿cuáles son?			Penicilina u otros antibióticos	☐	☐	Sedantes	☐	☐
			Medicamentos a base de sulfá	☐	☐	Yodo	☐	☐
4. ¿Alguna vez ha tomado Fen-Phen/Redux?	☐	☐	OTRA REACCIÓN/DETALLES					
5. ¿Usted fuma?	☐	☐	9. ¿Tiene una tos persistente o molestias de la garganta que no estén relacionadas con alguna enfermedad conocida (por más de 3 semanas)?				☐	☐
6. ¿Ingiere bebidas alcohólicas, cocaína u otras drogas?	☐	☐	10. SOLO PARA MUJERES:					
7. ¿Usa usted lentes de contacto?	☐	☐	a) ¿Está usted o cree que podría estar embarazada?				☐	☐
			b) ¿Está dando el pecho a su bebé?				☐	☐
			c) ¿Está tomando píldoras anticonceptivas?				☐	☐

ENFERMEDADES Y PADECIMIENTOS

11. ¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades o dolencias?

SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO	
☐	☐	Hipertensión	☐	☐	Enfermedad del corazón	☐	☐	Dolor en el pecho
☐	☐	Ataque cardíaco	☐	☐	Marcapaso cardíaco	☐	☐	Ataques de falta de aire
☐	☐	Fiebre reumática	☐	☐	Soplo cardíaco	☐	☐	Apoplejía
☐	☐	Tobillos hinchados	☐	☐	Angina	☐	☐	Fiebre de heno / alergias
☐	☐	Mareos / ataques repentinos	☐	☐	Cansancio frecuente	☐	☐	Tuberculosis
☐	☐	Asma	☐	☐	Anemia	☐	☐	Terapia de radiación
☐	☐	Hipotensión	☐	☐	Enfisema	☐	☐	Glaucoma
☐	☐	Epilepsia / convulsiones	☐	☐	Cáncer	☐	☐	Pérdida de peso reciente
☐	☐	Leucemia	☐	☐	Artritis	☐	☐	Enfermedad del hígado
☐	☐	Diabetes	☐	☐	Reemplazo de articulación o implante	☐	☐	Problema del corazón
☐	☐	Enfermedad de los riñones	☐	☐	Hepatitis / ictericia	☐	☐	Problemas respiratorios
☐	☐	Infección de SIDA o VIH	☐	☐	Enfermedades venéreas	☐	☐	Otro
☐	☐	Problema de tiroides	☐	☐	Problemas estomacales / úlceras			

DETALLES

OBSERVACIONES

FIRMA DEL DENTISTA

FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE

HISTORIA DENTAL DEL PACIENTE

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

CERTIFICACIÓN Y FIRMA

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

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O TUTOR

FECHA

La firma puede escribirse en el PDF rellenable o firmarse después de imprimir.