

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

HISTORIA MÉDICA DE SALUD

Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Cáncer o tumor | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Enfermedad del corazón o angina | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Soplo cardíaco, prolapso de la válvula mitral, defecto del corazón | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Fiebre o corazón reumáticos enfermedad | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Articulación o válvula artificial | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Presión arterial alta o baja | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Marcapasos | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Tuberculosis u otros problemas pulmonares | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Enfermedad del riñón | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Hepatitis u otra enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Hipertiroidismo / Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Condición neurológica | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Epilepsia, convulsiones o desmayos | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Condición emocional | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Artritis | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Herpes o herpes labial | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| SIDA o VIH positivo | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Dolores de cabeza por migraña o frecuentes dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Anemia o trastornos de la sangre | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Sangrado anormal después de extracciones, cirugía o trauma | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Fiebre del heno o problemas de sinusitis | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Alergias o urticaria | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Asma | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Fuma o usa tabaco para mascar? | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

Es alérgico o ha reaccionado adversamente a alguno de los siguientes?

- Materiales de látex (caucho) si no
- Penicilina u otros antibióticos si no
- Anestésicos locales ("Novocaína") si no
- Codeína u otros narcóticos si no
- Medicamentos de sulfa si no
- Barbitúricos, sedantes o pastilla para dormir si no
- Aspirina si no

Otra: _____

Está tomando alguno de los siguientes?

- Aspirina si no
- Anticoagulantes (diluyentes de la sangre) si no
- Antibióticos o sulfonamidas si no
- Medicamentos para la presión arterial alta si no
- Antidepresivos o tranquilizantes si no
- Insulina, Orinase u otra medicamento para la diabetes si no
- Nitroglicerina si no
- Cortisona u otros esteroides si no
- Osteoporosis (densidad ósea) medicamento si no

Otra: _____

Mujeres:

- puede estar embarazada si no
- Fecha de Entrega Estimada: _____
- Tomar hormonas o anticonceptivos si no

Tiene alguna enfermedad, condición o problema no mencionado anteriormente? _____

Nombre y número de teléfono de su médico de cabecera: _____

***** Por favor voltee para más información *****

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

HISTORIAL DE SALUD DENTAL

Le preocupa tener problemas dentales? tratamiento	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Quieres completar el cuidado dental?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Ha tenido problemas con tratamientos dentales anteriores?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Su mandíbula hace ruido para que te molesta a ti o a los demás?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Te atragantas fácilmente?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Aprietas o rechinas las mandíbulas, Frecuentemente?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
La comida se te queda entre los dientes?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Tus mandíbulas se sienten cansadas?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Tiene dificultad para masticar la comida?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Se le atasca la mandíbula de modo que no puedes abrir?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Mastica solo de un lado de la boca?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Te duele cuando masticas o abres ancho para tomar un bocado	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Evitas cepillarte alguna parte de la boca, por el dolor	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Tienes dolores de oído o dolor de frente de las orejas?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Tus encías sangran fácilmente?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Tienes algún síntoma en la mandíbula o dolores de cabeza al despertar por la mañana?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Te sangran las encías cuando usas hilo dental?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	El dolor o malestar en la mandíbula afecta su apetito, sueño, rutina diaria u otras actividades	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Sientes tus encías hinchadas o sensibles?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Encuentra el dolor o la incomodidad de la mandíbula extremadamente frustrante o deprimente	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Alguna vez ha notado llagas que cicatrizan lentamente en la boca?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Toma medicamentos o pastillas para el dolor o molestias (analgésicos, relajantes musculares, antidepresivos)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Tus dientes son sensibles?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Tiene temporomandibular (mandíbula)? trastorno (TMD)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Siente punzadas de dolor cuando sus dientes entran en contacto con:		Ha tenido un golpe (traumatismo) en la mandíbula?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Alimentos o líquidos calientes	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Eres un masticador habitual de chicles?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Alimentos o líquidos fríos	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
Amargo	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
Dulces	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
Tomas suplementos de flúor?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
Está insatisfecho con la apariencia de tus dientes?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		

Explique con más detalle cualquiera de las preguntas anteriores que podría haber respondido

“sí”: _____

Cuándo fue su última visita al dentista? _____

Tuvo alguna necesidad de tratamiento en su última revisión dental? En caso que si, ¿se terminó el
tratamiento? _____

Tiene alguna preocupación dental no mencionada anteriormente? _____

Entiendo la importancia de ser veraz sobre mi historial dental y me doy cuenta de que la información incompleta puede tener un efecto adverso (negativo) en mi tratamiento y posiblemente en mi salud. A mi leal saber y entender, la información anterior es completa y precisa.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Nombre impreso del paciente _____

Firma del dentista: _____