Historia Medica del Paciente

Nombre del Medico_____ Telefono de la Oficinia_____

	SI	NO
1. ¿Esta ahora bajo tratamiento medico?	☐	☐
2. ¿Durante los ultimos 5 anos, ha sido hospitalizado Por una operacion o enfermedad seria? Si es asi, expique por favor_____	☐	☐
3. ¿Esta tomando alguna droga o medicina (receta o no) Si es asi, ¿que esta tomando? _____	☐	☐
4. ¿Ha Ud. Tomado phen-fen/redux/?	☐	☐
5. ¿Usa Ud. Tabaco?	☐	☐
6. ¿Usa Ud. Drogas ilicitas?	☐	☐
7. ¿Usa Ud. Lentes de contacto?	☐	☐

8. ¿Es Ud. Alergico o ha tenido una reaccion a estas sustancials?	SI	NO
Anestesia local (Novocaina)	☐	☐
Penicilina u otros antibioticos	☐	☐
Sulfamidas	☐	☐
Barbituricos	☐	☐
Yodo	☐	☐
Sedantes	☐	☐
Aspirina	☐	☐
Algunos metales (Niguel, Mercurio)	☐	☐
Latex o productos de hule	☐	☐
Otro (favor de enumerar)	☐	☐

9. Para Mujeres Solamente	SI	NO
¿Esta embarazada o piensa que si?	☐	☐
¿Esta amamantando?	☐	☐
¿Esta tomando pildoras anticoceptivas?	☐	☐

10. ¿Tiene o ha tenido algunas de las condiciones siguientes?

	SI	No
Presion alta	☐	☐
Marcapaso Cardiaco	☐	☐
Murmullos en el Corazon	☐	☐
Angina	☐	☐
Cansado con frecuencia	☐	☐
Enfisema	☐	☐
Cancer	☐	☐
Artritis	☐	☐
Reeemplazo de articulacion	☐	☐
O implamte	☐	☐
Hepatitis/Latericia	☐	☐
Anemia	☐	☐
Enfermedad venereal	☐	☐

	SI	No
Enfermedad Cardiaca	☐	☐
Dolor de Pecho	☐	☐
Falta de Aliento	☐	☐
Ataque de paralysis	☐	☐
Fiebre del heno/alergias	☐	☐
Tubuerculosis	☐	☐
Terepia de Radiacion	☐	☐
Glaucoma	☐	☐
Reciente perdida de peso	☐	☐
Enfermedad del higado	☐	☐
Problemas cardiacos	☐	☐
Problemas respiratorios	☐	☐
Prolapso de valvula mitral	☐	☐

	SI	NO
Ataque Cardiaco	☐	☐
Fiebre reumatica	☐	☐
Tobillos hinchados	☐	☐
Desmayo/Ataque	☐	☐
Asma	☐	☐
Presion Baja	☐	☐
Epilepsia/Convulsiones	☐	☐
Leucemia	☐	☐
Diabetis	☐	☐
Enfermedad del rinon	☐	☐
Sida o infection por HIV	☐	☐
Enfermedad del tiroides	☐	☐
Otro	☐	☐

Historia Dental Del Paciente

Nombre del ultimo Dentista_____ Fecha del ultimo Examen:_____

	SI	NO
1. ¿Sangran las encias cuando se cepilla O usa hilo dental?	☐	☐
2. ¿Son sus dientes sensibles a liquidos Alimentos frios o calientes?	☐	☐
3. ¿Son sus dientes sensibles a liquidos Alimentos dulces o acidos?	☐	☐
4. ¿Siente dolor en algunos de los dientes?	☐	☐
5. ¿Tiene bultos o llagas acerca de la boca?	☐	☐
6. ¿Ha tenido heridas en la cabeza, cuello O la Quijada?	☐	☐
7. ¿Tiene Dolores de cabeza con frecuencia	☐	☐
8. ¿Aprieta o muele los dientes?	☐	☐
9. ¿Le gusta su sonrisa?	☐	☐

	SI	NO
10. ¿Muerde los labios o mejillas con frecuencia	☐	☐
11. ¿Ha tenido extracciones dificiles en el pasado?	☐	☐
13. ¿Ha sangrado prolongadamente despues de una extraccion?	☐	☐
13. ¿Ha tenido tratamiento por un ortodoncista?	☐	☐
14. ¿Tiene Ud. Dentadura postiza o parciales? Si es asi, ¿Cual fue la fecha de colocacion?_____	☐	☐
15. ¿Ha recibido instrucciones higiencias sobre el cuidado de los dientes y las encias?	☐	☐
16. ¿Ha tenido algunos de los problemas siguientes con la quijada?		
Ruidos en la quijada	☐	☐
Dolor (articulacion, oreja, lado de la cara)	☐	☐
Dificultad en abrir o cerrar la boca	☐	☐
Dificultad al masticar	☐	☐

Autorizacion

Yo cetifico que he leido y entendido la informacion de arriba a lo major de mi conocimiento. He contestado todas las preguntas exactamente. Yo entiendo que infomacion inexacta puede ser peligroso para mi salud. Yo autorizo al dentista pra proveer cualquier informacion (incluyer diagnostico y los archivos del examen o tratamiento para mi o mi Nino durante el periodo de cual cuidado dental) a sefuro contra tercera persona y/u otros profesionales de salud. Yo autorizo y le pido a la compania de seguros a pagarle directamente al dentista a grupo dental los Beneficios que hubieran sido pagados a mi. Yo entiendo que la compania de seguros puede pagar menos del total. Yo estoy de acuerdo que soy responsible de pagar todos los servicios prestados a favor de mi o mis dependientes.

X_____ Fecha_____

Firma del Paciente (o firma del Pardre, si el Paciente es menor)

Firma de Doctor_____ Fecha_____