

HISTORIA MEDICA

Bienvenido a nuestra oficina dental. Le pedimos, por favor se tome unos minutos para contestar estas preguntas. La información de su expediente es totalmente confidencial. Esperamos disfrute de excelente salud oral mientras esté bajo nuestro cuidado profesional.

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
Apellido Nombre EDAD ACTUAL: _____

DIRECCION: _____
Calle Ciudad Estado Area Postal

TELEFONO DE LA CASA: () _____ - _____ DEL TRABAJO: () _____ - _____ ext ()

LUGAR DE EMPLEO: _____
Nombre Dirección

SEGURO DENTAL: _____ Soc. Sec. # _____ - _____ - _____

QUIEN LE REFIRIO A NUESTRA OFICINA? _____
Circle

1. ¿Ha estado hospitalizado o ha tenido cirugía? Sí No
Por favor, explique _____
2. ¿Está actualmente bajo cuidado médico? Sí No
Por favor, explique _____
3. ¿Tiene alguna enfermedad cardiaca o un soplo en el corazón? Sí No
4. ¿Ha tenido fiebre reumática? Sí No
5. ¿A usted le falta el aire con frecuencia? Sí No
6. ¿Tiene problemas de sangramiento o de coagulación? Sí No
7. ¿Ha sido diagnosticado positivo para el SIDA o el virus HIV?..... Sí No
8. ¿Está bajo tratamiento para el SIDA? Sí No
9. ¿Ha tomado cortisona o esteroides? Sí No
10. ¿Tiene alguna alergia? Sí No
Por favor, explique _____
11. ¿Ha tenido alguna reacción alérgica a alguna medicina? (por ejemplo, penicilina) Sí No
Por favor, explique _____
12. Actualmente, ¿está tomando alguna droga recetada o medicinas?Sí No
Por favor, explique _____
13. De la lista siguiente, **circule** toda aquella condición que ha tenido o que aplique:

Tos persistente	Fiebre recurrente	Anorexia
Flema con sangre	Sudor nocturno	Pérdida de peso
Dolor de Pecho	Epilepsia	SIDA
Problemas de Corazón	Tiroide	Sangramiento
Presión Alta	Tuberculosis	Diabetes
Hepatitis	Asma	Anemia
Problemas del Hígado	Problemas Pulmonares	Cáncer
Enfermedad Venérea	Problema del Riñón	Otro: _____
(sífilis, gonorrea, etc.)		_____

14. ¿Hay alguna enfermedad común en su familia? Sí No
15. ¿Hay alguna otra cosa que usted crea yo debería saber? Sí No

HISTORIA DENTAL

1. ¿Ha estado bajo el cuidado de un dentista? Sí No
2. ¿Cuándo fue su última visita y para qué propósito? _____

3. ¿Le han puesto anestesia local, como Novocaina? Sí No
4. ¿Tuvo alguna complicación? Sí No
Por favor, explique _____
5. ¿Le han extraído algún diente o muela? Sí No
6. ¿Tuvo alguna complicación? Sí No
Por favor, explique _____
7. Actualmente, ¿le duele algún diente o muela? Sí No
8. ¿Tiene las encías inflamadas, o le sangran cuando se cepilla? Sí No
9. ¿Usa dentaduras removibles, parciales o completas? Sí No
10. ¿Sufre de dientes o muelas que se muevan o estén sueltos? Sí No
11. ¿Ha tenido tratamiento de ortodoncia? ("braces" o "frenos") Sí No
12. ¿Se siente su mordida extraña o incómoda? Sí No
13. Al abrir y cerrar su boca, ¿usted nota ruidos cerca del oído? ("click" o "pop") Sí No
14. ¿Ronca al dormir? ¿Está interesado en disminuirlo con un "Snoreguard"? Sí No
15. ¿Ha notado, o le han dicho, que tiene problema de mal aliento? Sí No

PREGUNTAS GENERALES

1. ¿Está tenso durante sus visitas al dentista? Sí No
2. ¿Está satisfecho con la apariencia actual de sus dientes? Sí No
3. ¿Está interesado en blanqueadores dentales o "bleaching"? Sí No
4. ¿Toma diariamente vitaminas y minerales? Sí No
¿Cuáles? _____
5. ¿Usa hilo dental o "floss"? ¿Cuán frecuentemente? _____ Sí No
6. ¿Usa un cepillo eléctrico? Sí No
7. ¿Cuántas veces se cepilla los dientes al día? _____

PREGUNTAS PARA MUJERES SOLAMENTE

1. ¿Está embarazada? ¿Cuántas semanas? Sí No
2. ¿Está tomando la píldora anticonceptiva? Sí No
3. ¿Ha tenido una histerectomía? Sí No
4. ¿Ha llegado a la menopausia? Sí No
5. ¿Está tomando estrógeno o alguna otra terapia hormonal? Sí No
6. ¿Tiene ginecólogo? Sí No
Por favor, deme su nombre: _____
y número de teléfono: (____) _____ - _____

MISCELANEOS

1. ¿Tiene usted dirección para correo electrónico? ("e-mail address") Sí No
¿Cuál es? _____

Firma del paciente(padre o madre): _____ Fecha: ____ / ____ / ____