

# HISTORIA DENTAL

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Apellido 1er Nombre 2do Nombre

Teléfono del paciente \_\_\_\_\_ Nombre del Tutor \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, por favor notifique a \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

1. ¿Qué problema Dental lo Trae hoy? \_\_\_\_\_

2. ¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico?  Si  No

En caso afirmativo, nombre del médico \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

3. ¿Ha sido hospitalizado o se sometió a una cirugía?  Si  No

Por qué razón y cuándo? \_\_\_\_\_

4. ¿Estás embarazada?  Si  No Trimestre 1 2 3 Amamantando?  Si  No

Toma píldoras anticonceptivas?  Si  No

5. ¿Padece alguno de los siguientes?

Anemia	<input type="checkbox"/>	Diálisis	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>
Válvulas cardíacas artificiales	<input type="checkbox"/>	Rehabilitación de drogas	<input type="checkbox"/>	AIDS/HIV+	<input type="checkbox"/>
Articulaciones artificiales, reemplazo de articulaciones	<input type="checkbox"/>	Endocarditis	<input type="checkbox"/>	Problemas de salud mental	<input type="checkbox"/>
Asma, dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	Epilepsia/convulsiones	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>
Autismo, Trastornos sensoriales	<input type="checkbox"/>	Desmayo	<input type="checkbox"/>	Ataques de pánico	<input type="checkbox"/>
Problemas de espalda y/o cuello	<input type="checkbox"/>	Minusvalías/Discapacidades	<input type="checkbox"/>	Enfermedad respiratorias	<input type="checkbox"/>
Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/>	Pérdida de audición/visión	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>
Tratamiento contra el cáncer/radiación	<input type="checkbox"/>	Infarto	<input type="checkbox"/>	Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>
Tos persistente	<input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	Hinchazón de los tobillos	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Marcapasos cardíaco	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>
		Hepatitis/enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	Enfermedades venéreas	<input type="checkbox"/>
		Uso de tabaco/vapeo	<input type="checkbox"/>	Llagas en la boca/ampollas febriles	<input type="checkbox"/>

6. Enumerar cualquier otra condición o preocupación de salud \_\_\_\_\_

7. Haga una lista de los medicamentos que está tomando actualmente \_\_\_\_\_

8. ¿Alergias?  Penicillin  Amoxicillin  Clindamycin  NSAIDS  Sulfa  Anesthesia Local

Otros \_\_\_\_\_

9. Nombre, dirección y teléfono de la farmacia que utiliza \_\_\_\_\_

Yo certifico que he leído y entendido el documento anterior. Yo reconozco que, si tuve preguntas, con respecto a mi tratamiento, fueron respondidas con mi total satisfacción. No responsabilizaré a mi dentista, ni a ningún otro miembro de su equipo por cual-quier error u omisión, que pueda haber cometido al completar este formulario.

Firma del paciente/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del dentista \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_