

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año): _____

Por favor responda todas las siguientes preguntas seleccionando SI o NO. Sus respuestas serán guardadas confidencialmente y solo serán usadas para ayudar evaluar su condición médica. Si tiene alguna duda, por favor déjele saber a algún miembro de nuestra oficina.

¿Tiene usted o ha tenido alguna vez uno de los siguientes?

	SI	NO	<u>PARA USO OFFICAL</u>
Angina de pecho (dolor de pecho)	SI	NO	
Artritis (Ósea or Reumatoide)	SI	NO	
Articulaciones artificiales (cadera / rodilla / tobillo / hombro / otro)	SI	NO	
Asma	SI	NO	
Problemas de sangramiento / Anemia / Otro problema de sangre	SI	NO	
Cancer	SI	NO	
Cardiopatía Congénita/Enfermedad del corazón	SI	NO	
Insuficiencia Cardíaca Congestiva	SI	NO	
Diabetes	SI	NO	
Desmayos/Enfermedad del Sistema Nervioso (Epilepsia, Convulsiones)	SI	NO	
Glaucoma	SI	NO	
Impedimentos de audición / oír	SI	NO	
Ataque al corazón o enfermedad Cardiacaca	SI	NO	
Soplo cardiaco o Prolapso de la Válvula Mitral	SI	NO	
Reemplazo de la válvula del corazón	SI	NO	
Hepatitis (A, B, C u otra)	SI	NO	
Presión/Tension alta	SI	NO	
Condición inmunosupresora (Terapia de Esteroides / Terapia de Radiación/ Quimioterapia / SLE (Lupus) / HIV / Trasplante de Órgano / Remoción de la Vesícula / Otro	SI	NO	
Latido irregular del corazón	SI	NO	
Enfermedad del Riñón	SI	NO	
Salud mental – Especifique _____	SI	NO	
Otros implantes artificiales o aparato	SI	NO	
Otra enfermedad del Hígado _____	SI	NO	
Otra enfermedad de los Pulmones (Enfisema/COPD) _____	SI	NO	
Otra enfermedad de los Músculos o Articulaciones _____	SI	NO	
Marcapaso o Desfibrilador	SI	NO	
Previa Endocarditis Bacteriana	SI	NO	
Fiebre Reumatoide/ Enfermedad Cardiacaca Reumatoide /Reumática	SI	NO	
Enfermedad de transmisión sexual/ infección	SI	NO	
Enfermedad estomacal o intestinal (Úlcera/GERD)	SI	NO	
Derrame Cerebral	SI	NO	
Tiroides	SI	NO	
Tuberculosis	SI	NO	
Impedimento visual	SI	NO	

¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no haya sido mencionada aquí? Por favor explique	<u>FOR OFFICE USE ONLY</u>	
Por favor explique alguna hospitalización o cirugías		
¿Tiene alguna reacción alérgica a medicamentos o látex? Por favor seleccione una.	Látex Penicilina u otros antibióticos Aspirina Codeína Metal Iodo Anestesia Local como lidocaína Otras _____	
¿Alguna vez ha experimentado la terapia de Osteoporosis? Ha tomado medicamentos como Fosamax, Actonel, Boniva?		
Alguna vez ha experimentado la terapia de Bifosfonato? Ha tenido terapia intravenosa con medicamentos como Aredia, Zometa?		
¿Esta o pudiera estar embarazada? Si respondió Si, cuantos meses? _____	SI	NO
¿Está amamantando/dando pecho?	SI	NO
¿Toma pastillas anticonceptivas?	SI	NO
¿Es o alguna vez ha sido adicto a sustancias químicas (alcohol, drogas por prescripción, Heroína, Meth, Cocaína, otras)? _____	SI	NO
¿Fuma o usa productos con Tabaco. Si respondió Si, cuantos usa al día? _____	SI	NO
¿Tiene usted padres, hermanos o hijos con alguna de las siguientes? (Diabetes, Tensión/Presión Alta, Enfermedad del corazón, tendencia a sangrar, Cáncer)?		
¿Está tomando algún medicamento prescrito, sin prescripción o suplemento de hierbas actualmente? Si es Si, por favor explique.		
<u>NOMBRE</u>	<u>DOSIS</u>	<u>RAZON POR TOMARLO</u>

HISTORIA DENTAL			
Razón por su visita de hoy _____			
¿Tiene chequeos dentales de manera regular?	Fecha del último examen _____		
¿Ha tenido problemas previos con tratamientos dentales?	Si respondió Si, por favor explique _____		
¿Ha notado algún bulto o llaga en su boca?	SI	NO	
¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes?	SI	NO	
¿Rechina o aprieta los dientes?	SI	NO	
¿Tiene algún dolor en su boca, cara, ojos, cuello o garganta?	SI	NO	
¿Se ha lesionado su cara, mandíbula o dientes?	SI	NO	
¿Está insatisfecho con la apariencia de sus dientes o su sonrisa?	SI	NO	
Seleccione los procedimientos que ha recibido: Ortodoncia (frenos) Dentaduras Tratamientos de Conducto Implantes Cirugía Oral Tratamiento Periodontal (encías) Rellenos, Tratamiento para ATM (Articulación Tempero-mandibular) Tratamiento de Conducto Coronas Puentes Carillas Blanqueamiento otros _____ _____			
¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes? _____			
¿Cuántas veces al día se pasa el hilo dental? _____			
POR FAVOR RESPONDA POR LOS NIÑOS			
¿Se chupa el pulgar o dedos?	SI	NO	
¿Se chupa o muerde los labios?	SI	NO	
¿Se muerden o comen sus uñas?	SI	NO	
¿Usa pasta dental con flúor?	SI	NO	
¿Usa algún otro producto con flúor como enjuagues o flúor por prescripción?	SI	NO	
¿Alguno de los padres o adulto los ayuda a cepillarse?	SI	NO	
¿Come comidas y/o meriendas azucaradas? – Si respondió Si, que comen y cuánto? _____	SI	NO	
¿Toma alguna bebida diferente al agua o leche? Si respondió Si, que beben y cuánto? _____	SI	NO	
POR FAVOR RESPONDA POR LOS NIÑOS DE 0-5 AÑOS			
¿Está el niño/a amamantando?	SI	NO	
Edad en meses que el niño fue destetado _____			
Se le da o se le ha dado el biberón o vasito para chupar para que se quede dormido.	SI	NO	

A mi entender, la información proporcionada se encuentra correcta y completa. Si tengo algún cambio en mi estatus de salud, o cambios a mis medicamentos, informare al proveedor de salud dental en mi próxima cita. Soy responsable por cualquier error de omisión de información. Doy mi consentimiento para todas las evaluaciones incluyendo exámenes, radiografías y otras pruebas que puedan ser necesarias para hacer diagnósticos, de acuerdo a la opinión del proveedor.

Firma del Paciente / Guardián _____

Fecha _____

Firma del Dentista _____

Fecha _____