

Historial Dental

¿Qué le gustaría que hicieramos hoy? _____ ¿Tiene usted alguna incomodidad dental el día de hoy? _____

Dentista anterior _____ Domicilio _____

Email del Dentista _____ Tel _____

Fecha del último cuidado dental _____ Fecha de las últimas radiografías _____

Marque (✓) si o no si a tenido alguno de los siguientes problemas:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Mal aliento | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Comida entre los dientes | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tratamiento periodontal | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sensibilidad a lo dulce |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sangrado de las encías | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Rechinado de dientes | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sensibilidad a lo frio | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sensibilidad al morder |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No La mandibula se salta o hace ruido | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dientes sueltos o rellenos rotos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sensibilidad al calor | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Úlceras o brotes en la boca |

¿Qué tan seguido se cepilla? _____ ¿Que tan seguido usa el hilo dental? _____

¿Cómo se siente sobre la apariencia de sus dientes? _____

¿Alguna vez a experimentado una reacción adversa durante o en conjunto con un medicamento o procedimiento dental? Si No

Otra información sobre su salud dental o tratamiento previo _____

Historia Médico



Nombre del doctor _____ Tel _____

Fecha de la última visita _____ ¿A tenido alguna enfermedad o operación seria? Si No

Si si, describa _____

¿Está usted actualmente bajo cuidado médico? Si No Si si, describa _____

¿Alguna vez a tenido una transfusión de sangre? Si No Si si, dé las fechas aproximadas _____

¿Alguna vez a tomado Fen-Phen/Redux? Si No

Mujeres: ¿Está usted embarazada? Si No ¿Está usted amamantando? Si No ¿Está usted tomando píldoras anticonceptivas? Si No

Marque con una palomita (✓) si alguna vez a tenido alguna de las siguientes condiciones:

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No SIDA, VIH positivo | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tos persistente | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad o padecimiento del riñon | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Anafixias* | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tos con sangre | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Culebrilla o herpes zoster |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Anemia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Diabetes | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alergias a materiales (latex, lana, metal, químicos) | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Falta de aliento |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Artritis, reumatismo | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Epilepsia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sangullido en la piel |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Válvulas artificiales del corazón | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Desmayos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problema de los nervios | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Espina bifida |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alergia a un tipo de comida | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Operación del corazón/ marcapasos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Embolia |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Asma | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Glaucoma | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cuidado psiquiatrico | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Implantes quirúrgicos |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Atópico (Propenso a las alergias) | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Rápida perdida y ganancia de peso | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Inflammacion de los pies y tobillos |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas de la espalda | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Irregularidad cardiaca | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tratamiento de radiación | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad o padecimiento de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedades de la sangre | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedades respiratorias | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hábitos al tabaco |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cáncer | Describe | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dependencia química | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hemofilia/Hemorragia anormal | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Herpes | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Úlcera/colitis |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas de circulación | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hepatitis | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedades venerias |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tratamientos de cortisona | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alta presión | | |
| | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dolor en la mandibula | | |

¿Está el paciente actualmente tomando algún medicamento? Si si, enlistelos todos: _____

¿Tiene el paciente alergia a algún medicamento? Si si, enlistelos todos: _____

Autorización

He revisado la información en este cuestionario y es precisa según mi conocimiento Entiendo que esta información será utilizada por el dentista para ayudar a determinar un tratamiento dental apropiado y saludable. Si hay algún cambio en mi estatus médico, se lo informare al dentista.

Autorizo a la compañía de seguros indicada en este formulario a pagar al dentista todos los beneficios asegurados por los servicios prestados que de otra manera fueran pagaderos a mi. Autorizo el uso de esta firma en todos los peticiones al seguro.

Autorizo al dentista a revelar toda información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Entiendo que soy económicamente responsable por todos los cargos ya sean o no pagados por el seguro.

Firma _____ Fecha _____

El pago debe hacerse en su totalidad a la hora del tratamiento al menos que se hayan aprobado arreglos con anterioridad.