

Nombre: _____ Sexo F M Fecha De Nacimiento _____ Edad _____

Fecha de su último examen dental _____ Fecha de sus últimas radiografías dentales _____

Cuál es la razón de su visita hoy? _____ Tiene dolor o molestia? SI NO

Historia Dental

1. SI NO ¿Se cepilla los dientes al menos dos veces al día?
2. SI NO ¿Usa hilo dental al menos una vez al día?
3. SI NO ¿ Tiene sensibilidad al frío o a lo dulce?
4. SI NO ¿ Le sangran las encías cuando se cepilla o usa hilo dental?
5. SI NO ¿ Tiene llagas o hinchazón en la boca?
6. SI NO ¿ Usa algún producto de tabaco?
7. SI NO ¿Bebe té, café, bebidas de color oscuro o vino?
8. SI NO ¿Está interesado(a) en una sonrisa más brillante?
9. SI NO ¿Le gustaría tener dientes más derechos?
10. SI NO ¿Ha tenido tratamiento de orthodoncia?
11. SI NO ¿Ha tenido tratamiento de blanqueado?
12. SI NO ¿Le gusta la apariencia de sus dientes?
13. SI NO ¿Ha tenido problemas con algún tratamiento dental en el pasado?
14. SI NO ¿Rechina los dientes bajo estrés o en la noche?

Información de su Medico Particular/Clinica

¿Tiene usted un médico o clínica medica? SI NO

Nombre de su médico o clínica _____

Número telefónico de su medico/clínica _____

Fecha de su último examen médico _____

15. SI NO ¿Tiene buena salud?
16. SI NO ¿Se encuentra Bajo tratamiento medico?
Especifique _____
17. SI NO ¿Ha tenido algún cambio en su salud durante este año?
18. SI NO ¿Tiene ahora gran estrés personal?
19. SI NO ¿Ha estado hospitalizado o ha sufrido alguna enfermedad grave en los últimos tres años? Especifique:

Ha Tenido Recientemente?

20. SI NO ¿Dolor de pecho?
21. SI NO ¿Sangra o le salen moretones fácilmente?
22. SI NO ¿Vómito con frecuencia, o nauseas?
23. SI NO ¿Convulsiones?
24. SI NO ¿Dificultad al comer, sed excesiva, o boca seca?
25. SI NO ¿Puede abrir completamente la boca?
26. SI NO ¿Se ha roto la mandíbula?

Esta Ingiriendo?

27. SI NO ¿Aspirina o adelgazantes para la sangre?
28. SI NO ¿Medicamentos, drogas, o mecinas que se pueden comprar sin receta?
Enlistelas aqui: _____

Tiene o Ha Tenido?

29. SI NO ¿Alergias a la Penicilina o Amoxicilina?
30. SI NO ¿Alegias a cualquier otro medicamento?
Enlistelas aqui: _____
31. SI NO ¿Alergia al látex?
32. SI NO ¿Presión sanguínea alta?
33. SI NO ¿Enfermedades, o infarto del corazón?
34. SI NO ¿Soplo en el corazón?
35. SI NO ¿Diabetes?
36. SI NO ¿Hepatitis?
37. SI NO ¿Otras enfermades del hígado?
Que tipo? _____
38. SI NO ¿ Quimioterapia o tratamientos de radiación?
39. SI NO ¿Tratamiento para la osteoporosis o ha tomado Bisfosfonato?
40. SI NO ¿Enfermedades del riñon, vejiga?
41. SI NO ¿Problemas del estómago, o úlceras?
42. SI NO ¿ Enfermedades de los ojos o piel?
43. SI NO ¿ Tuberculosis, enfisema?
44. SI NO ¿Enfermedades venéras (sífilis o gonorrea)?
45. SI NO ¿SIDA o HIV+?
46. SI NO ¿Addicción al alcohol o a drogas?
47. SI NO ¿Marcapasos o articulación artificial?
48. SI NO ¿Alguna otra enfermedad o problema médico que no este en este cuestionario? _____

Para Mujeres

49. SI NO ¿Está o podría estar embarazada?
50. SI NO ¿Está dando pecho?
51. SI NO ¿Está tomando anticonceptivos?

Firma del Paciente O Tutor: _____ Fecha: _____

Firma de el Doctor: _____ Fecha: _____