

Historia Médica del Paciente

Nombre del Médico _____ Teléfono de la Oficina _____ Fecha del Ultimo Examen _____

- | | | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Está ahora bajo tratamiento médico? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 9. ¿Es Ud. alérgico o ha tenido una reacción a estas sustancias? | | |
| 2. ¿Durante los últimos 5 años, ha sido hospitalizado por una operación o enfermedad seria? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anestésico local (Novocaina) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es así, explique por favor: _____ | | | Penicilina u otros antibióticos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Está tomando alguna droga o medicina (receta o no)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sulfamidas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es así, ¿qué está tomando? _____ | | | Barbitúricos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Has Ud. tomado Phen-Fen/Redux? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sedantes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Usa Ud. tabaco? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Yodo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Usa Ud. drogas ilícitas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aspirina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Usa Ud. lentes de contacto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algunos metales (níquel, mercury) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | Látex o productos de hule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | Otro (favor de enumerar) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. ¿Tiene o ha tenido algunas de las condiciones siguientes?
- | | | | | | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Presión alta | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Problemas del estómago/úlceras | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Marcapaso cardíaco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor del pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Murmulllos en el corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Falta de aliento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tobillos hinchados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Angina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ataque de parálisis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Desmayo/ataques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cansado con frecuencia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre del heno/alergias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presión baja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfisema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Terapia de radiación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia/convulsiones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Glaucoma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leucemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reciente pérdida de peso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reemplazo de articulación o implante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de hígado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad del riñon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis/Ictericia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SIDA o infección por HIV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad del tiroides | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | Prolapso de válvula mitral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | Otro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Historia Dental del Paciente

Nombre y Dirección del Ultimo Dentista _____ Fecha del Ultimo Examen _____

- | | | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Sangran las encías cuando se cepilla o usa hilo dental? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 7.(Cont.) | | |
| 2. ¿Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos fríos o calientes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor (articulación, oreja, lado de la cara) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos dulces o ácidos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificultad en abrir o cerrar la boca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Siente dolor en algunos de los dientes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificultad al masticar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Tiene bultos o llagas acerca de la boca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. ¿Tiene dolores de cabeza con frecuencia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha tenido heridas a la cabeza, el cuello o la quijada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. ¿Apreta o muele los dientes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Ha tenido algunos de los problemas siguientes con la quijada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. ¿Muerde los labios o las mejillas con frecuencia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ruidos en la quijada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. ¿Ha tenido extracciones difíciles en el pasado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 12. ¿Ha sangrado prolongadamente después de una extracción? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 13. ¿Ha tenido tratamiento por un ortodoncista? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 14. ¿Tiene Ud. dentadura postiza o parciales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | Si es así, ¿cuál fue la fecha de colocación? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 15. ¿Ha recibido instrucciones higiénicas sobre el cuidado de los dientes y las encías? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 16. ¿Le gusta su sonrisa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Autorización

Yo certifico que he leído y entendido la información de arriba a lo mejor de mi conocimiento. He contestado todas las preguntas exactamente. Yo entiendo que información inexacta puede ser peligroso para mi salud. Yo autorizo al dentista para proveer cualquier información (incluyendo diagnosis y los archivos del examen o tratamiento para mi o mi niño durante el periodo de cual cuidado dental) a seguro contra tercera persona y/u otros profesionales de salud. Yo autorizo y le pido a la compañía de seguros a pagarle directamente al dentista o grupo dental los beneficios que hubieran sido pagados a mí. Yo entiendo que la compañía de seguros puede pagar menos del total. Yo estoy de acuerdo que soy responsable de pagar todos servicios prestados a favor de mí o mis dependientes.

X _____
Firma del Paciente (o Firma del Padre, si el Paciente es Menor)

Observaciones del Doctor: _____
Firma _____
Fecha _____