

## Historia Medica del Paciente

Nombre de su Doctor: \_\_\_\_\_ Numero de al ofecina \_\_\_\_\_

1. Esta bajo tratamiento ahora? \_\_\_\_\_
2. A sido hospitalizado para operaciones en los ultimos 5 anos? \_\_\_\_\_
3. Esta tomando medicinetos encluyendo medecinas no recetadas? \_\_\_\_\_
4. A tomada Fen-Phen o Reduex? \_\_\_\_\_
5. Usa Tobacco? \_\_\_\_\_
6. Usa substancias controladas? \_\_\_\_\_
7. Usa pupilentes? \_\_\_\_\_
8. Tiene presistente tos o dolor en la garganta no asociado con alguna enfermedad? \_\_\_\_\_

### **Es alergico o a tenido reacciones a algunos de lo siguiente:**

- Anastecias locales
- Penicilina/antibioticos
- Drogas con sulfuro
- Medicinas de los nervios
- Sedantes
- Yodo
- Asperinas
- Metales(Mercirio,Niquel)
- Latex plaxticos
- Otros? Favor de listar:

#### **Mujeres:**

Esta embarazada o piensa que esta embarazada?

Esta Lactando?

Esta tomando Anticonceptivos?

### **Tiene o a tenido qualquiera de lo siguiente? Porfavor circule alo que le appliqué:**

Hipertensia Arteral	Se fatiga Rapido	Cancer
Ataque Cardiaco	Tuberculosis	Implantes/recambiode Juntura
Fiebre Reumatico	Radiacion	Hepatitis/ictericia
Tobillos Inflamados	Glaucoma	Infermedades Tranmitidas Sexuales
Cansancio	Enfermedad Higado	Hipertermia
Astma	Enfermedad del Corazon	Fiebre Heno/ Alergias
Presion Baja	Malca Pasos	Perdida de Peso irregular
Leucemia	Soplo en Corazon	Prolapse de valvula
Enfermedad de los Riniones	Angina de Pecho	Problemas del corazon
SIDA	Problemas Respiratorios	Presion Alta
Tiroides	Desmayos/Apoplejia	
Dolor de Pecho	Enfisema	

## Historial Dental

1. Le sangran las encias al cepillarse o quando usa el hillo dental? \_\_\_\_\_
2. Sus dientes son sensitivos a liquidos frios o calientes? \_\_\_\_\_
3. Sus dientes son sensitivos a lo aigrio o dulce? \_\_\_\_\_
4. Tiene dolor en sus dietes? \_\_\_\_\_
5. Tiene llagas en la boca o cerca? \_\_\_\_\_
6. A tenido lesiones en la cabeza, cuello o quijada? \_\_\_\_\_
7. Tiene difilcultad al abrir o cerar la boca? \_\_\_\_\_
8. Tiene difilcultad al masticar? \_\_\_\_\_
9. Le dan Dolores de cavesa frecuentes? \_\_\_\_\_
10. Usted apriete los dientes cuando dormido? \_\_\_\_\_
11. Alguna vez tuvo perdida de sangre prolongada despues de una extraction? \_\_\_\_\_
12. Alguna vez a tenido complicaciones al sacarse un diente? \_\_\_\_\_
13. A tenido tratamiento orthodontico? \_\_\_\_\_
14. Usted usa placas o dentaduras? \_\_\_\_\_
15. Le an dado anterior mente instrucciones para el cuidado de sus dientes? \_\_\_\_\_
16. Le husta sonreir? \_\_\_\_\_

Yo certifico que he leído y entendido la información con mi mayor conocimiento. Las preguntas han sido contestadas con bastante precisión. Yo entiendo que dar información falsa me puede afectar la salud. Yo autorizo a mi dentista que libere cualquier información incluyendo diagnosticos y y el record de cualquier tratamiento o examinacion ami o al menor durante el periodo de tal cuidado dental al pagador o profesional medico. Yo autorizo y requiero a mi seguro que le pague directamente a mi dentista. Yo acepto ser responsable por todos los cobros de los servicios rendidos a mi o mis depedientes.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha