

Historia Dental

Razone para la visita actual:

Dentista anterior: _____

Fecha de su ultima cita dental: _____

La fecha de últimas radiografías dentales _____

Marque "Sí" o "No" indicar si usted actualmente tiene o tuvo anteriormente cualquiera de lo Siguiente:

- | | | |
|-----------------------------------|----|----|
| Mal aliento | Si | No |
| Muerda los labios o los cheques | Si | No |
| Gomas sangrientas | Si | No |
| Las ampollas en labios o articula | Si | No |
| Masque en un lado de boca | Si | No |
| Seque boca | Si | No |
| Reúna alimento entre dientes | Si | No |
| Muela dientes | Si | No |
| Gomas hinchadas o tiernas | Si | No |
| Dolor de mandíbula o cansancio | Si | No |
| Articule respirar | Si | No |
| Tratamiento de ortodoncia | Si | No |
| Aflija alrededor de oreja | Si | No |
| Periodontal (goma) la enfermedad | Si | No |
| La sensibilidad al Frío | Si | No |
| La sensibilidad a caliente | Si | No |

Que experimentó:

- | | | |
|---|----|----|
| Chasquido o pinchando de la Mandíbul | Si | No |
| ¿El dolor? (coyuntura, la oreja, la cara) | Si | No |
| ¿Dificulty en el opoening o cerrar la boca? | Si | No |

La frecuencia de cepillar _____

La frecuencia de usar el hilo dental _____

- | | | |
|---|----|----|
| ¿Requiere antibióticos antes de tratamiento dental? | Si | No |
| Tiene algun dolor ahora?? | Si | No |
| Ha tenido problemas con algun tratamiento dental en el pasado | Si | No |
| ¿Quiere la sonrisa? | Si | No |
| ¿Está nervioso acerca de tener tratamiento dental | Si | No |
| ¿Jamás ha tenido usted una experiencia dental mala? | Si | No |
| Si sí, describe por favor: _____ | | |

¿Hay otra cosa acerca de tener tratamiento dental que usted nos querría saber?

Historia Clínica

Su salud Física es:

Bueno Feria Pobre

¿Es tratado por un médico ahora? Si No

Explique por favor: _____

¿Toma cualquier prescripción o sobre las drogas contrarias? Si No

Liste por favor: _____

¿Fuma o utiliza tabacco en cualquier otras formas? Si No

¿Tiene o jamás ha tenido usted cualquiera de las enfermedades siguientes o problemas médicos?

- | | | |
|------------------------------------|----|----|
| Sungrar anormal | Si | No |
| Alcohol / Drogas de uso recreativo | Si | No |
| Enfermedad de alzheimer | Si | No |
| Anemia | Si | No |
| Artritis | Si | No |
| Los Huesos artificiales/Válvulas | Si | No |
| Asma | Si | No |
| Transfusión de sangre | Si | No |
| Magulle fácilmente | Si | No |
| El cáncer/la Quimioterapia | Si | No |
| Colitis | Si | No |
| Diabetes | Si | No |
| La dificultad que respira | Si | No |
| Enfisema | Si | No |
| Epilepsia | Si | No |
| Desmayos | Si | No |
| Frecuente dolores de cabeza | Si | No |
| Glaucoma | Si | No |
| polinosis | Si | No |
| Problemas cardíacos | Si | No |
| Soplo en el corazón | Si | No |
| Hemofilia | Si | No |
| Hepatitis | Si | No |
| Herpes | Si | No |
| Hipertensión | Si | No |
| HIV+ / AIDS | Si | No |
| Reemplazo conjunto | Si | No |

Historia Clínica

- | | | |
|---------------------------------|----|----|
| Problemas de riñón | Si | No |
| Afección hepatica | Si | No |
| Hipotensión | Si | No |
| Prolapso mitral de válvula | Si | No |
| Nervioso / ansioso | Si | No |
| marcapasos | Si | No |
| Psychiatric/cuidado fisiologico | Si | No |
| Tratamiento de radation | Si | No |
| Fiebre reumática / Escarlatina | Si | No |
| Tomas | Si | No |
| Problemas nasales (sinusitis) | Si | No |
| Golpe | Si | No |
| Problemas de tiroides | Si | No |
| Tuberculosis (TB) | Si | No |
| Tumores o crecimientos | Si | No |
| Ulceras | Si | No |
| Enfermedad venereal | Si | No |

¿Tiene o ha tenido usted ninguna enfermedad, la condición o el problema no listaron arriba? Si No

Si sí describe por favor _____

¿Ha sido internado para alguna razón? Si No

Si sí describe por favor _____

- ¿Es alérgico a cualquiera del siguiente?
- | | | |
|----------------------|-----|----|
| Amoxicillin | Yes | No |
| Aspirin | Yes | No |
| Clindamycin | Yes | No |
| Codeine | Yes | No |
| Anestésicos dentales | Yes | No |
| Eritromicina | Yes | No |
| Látex | Yes | No |
| Metales | Yes | No |
| Penicilina | Yes | No |
| Sulfa | Yes | No |
| Tetraciclina | Yes | No |
| Otro _____ | | |

Solo Para Mujeres:

- | | | |
|---------------------------------------|----|----|
| ¿Toma alguna píldoras anticonceptiva? | Si | No |
| ¿Está embarazada? | Si | No |
| ¿Cuida? | Si | No |

Certifico que la información antes mencionada es correcta según mi leal saber y entender. Comprendo que proporcionando información inexacta puede ser peligroso a mi (o el paciente) la salud. Yo no tendré mi dentista ni a ningún miembro de su equipo dental responsable de errores ni omisiones que he hecho en la terminación de esta forma.

Paciente o Firma Responsable de Partido: _____ Fecha: _____

Certifico que una copia de Nota de esta oficina de Prácticas de Intimidad ha sido hecha disponible a mí. Yo ahve fue dada la oportunidad de preguntar cualquier pregunta que puedo tener con respecto a esta Nota.

Paciente o Firma Responsable de Partido:: _____ Fecha: _____