

HISTORIA DENTAL

Razon por la que vino hoy _____

Fecha de su ultima visita al dentista _____ **Nombre de el Dentista** _____

Marque si ha tenido algun problema de los siguientes:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mal aliento | <input type="checkbox"/> Rechina los dientes | <input type="checkbox"/> Sensible a lo caliente |
| <input type="checkbox"/> Sangrado de encia | <input type="checkbox"/> Dientes flojos | <input type="checkbox"/> Sensible a lo dulce |
| <input type="checkbox"/> Ruido en la quijada | <input type="checkbox"/> Rellenos quebrados | <input type="checkbox"/> Sensible cuando muerde |
| <input type="checkbox"/> Se junta comida entre los dientes | <input type="checkbox"/> Sensible a lo frio | <input type="checkbox"/> Bultos o llagas cerca de su boca |

Cada cuando usa el hilo dental? _____ Cada cuando se cepilla? _____

HISTORIA MEDICA

Nombre de su doctor _____ Fecha de su ultima visita _____

Ha tenido alguna operacion o enfermedad grave? Explique _____

Ha tenido transfusion de sangre? Si No que fecha _____

Anote cualquier medicamento que este tomando _____

Es alergico a algun medicamento? _____

Ha tomado alguna vez Phen-Fen o Redux? _____

(Mujeres) Embarazada? Si No Amamantando? Si No Toma pastillas anticonceptivas? Si No

Marque si tiene o ha tenido algo de lo siguiente:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Tratamiento de cortisona | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Falta de aliento |
| <input type="checkbox"/> Artritis, Reumas | <input type="checkbox"/> Tos persistente | <input type="checkbox"/> Alta Presion | <input type="checkbox"/> Salpullido en la piel |
| <input type="checkbox"/> Valvulas artificiales del corazon | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> SIDA o HIV | <input type="checkbox"/> Embolia |
| <input type="checkbox"/> Coyonturas artificiales | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Dolor de quijada | <input type="checkbox"/> Pies/tobillos hinchados |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hgado | <input type="checkbox"/> Problema de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Problemas de espalda | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Rinon | <input type="checkbox"/> Habito al tabaco |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Anginas |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Murmullo al corazon | <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiacion | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Quimoterapia | <input type="checkbox"/> Problemas del corazon | <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Hemophilia | <input type="checkbox"/> Fiebre reumatica | <input type="checkbox"/> Enfermedad venerea |

Entiendo y estoy de acuerdo que soy responsable de pagar todos los servicios prestados a favor de mi o mis dependientes.

Firma _____ **Fecha** _____

(Si es un nino/a, firma de el padre o la madre)