

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: M/F Fecha: \_\_\_\_\_

Apellido                      Nombre                      Inicial

Si el paciente es menor de edad, por favor de proveer el nombre de los padres/guardians: \_\_\_\_\_

### Historia Medica

¿Tiene un medico personal?                      Si                      No  
 ¿Esta bajo cuidado medico?                      Si                      No  
 Nombre de medico: \_\_\_\_\_  
 Telefono#: \_\_\_\_\_  
 Razon por cual fue su ultima visita medica: \_\_\_\_\_  
 Actualmente su salud fisica esta:  
                          Buena                      Razonable                      Pobre  
 ¿Usted fuma o utilize tabaco ?                      Si                      No  
 ¿Usted tiene un implante, valvulas, barras, o pernos? Si                      No  
 ¿Esta bajo medicamento?                      Por  
                          favor lista: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna vez ha tomado Phen-Fen/Redux/Pondimin? Si                      No  
                          ¿Cuando? \_\_\_\_\_

Para Mujeres: ¿Esta tomando pildoras anticonceptivas? Si                      No  
 ¿Esta embarazada? Si                      No                      Semana: \_\_\_\_\_  
 ¿Esta dando pecho? Si                      No

¿Usted ha tenido las siguientes enfermedades o problemas medicos?  
 Si No Abuso de alcor/drogas                      Si No Hepatitis  
 Si No Anemia                      Si No Herpes/ampollas  
 Si No Arthritis                      Si No Alta presion  
 Si No Coyunturas/valvulas artificiales                      Si No HIV/SIDA  
 Si No Asma                      Si No Hospitalizado  
 Si No Problemas de Sangrado Si No Problemas de rinon  
 Si No Transfucion de Sangre                      Si No Enfermedad del higado  
 Si No Cancer/quimioterapia                      Si No Baja presion  
 Si No Defecto congenito del Corazon                      Si No Prolapso de valvula mitral  
 Si No Diabetes                      Si No Marcapasos  
 Si No Problemas respiratorios Si No Problemas psiquiatricos  
 Si No Enfisema                      Si No Tratamiento de radioterapia  
 Si No Epilepsia                      Si No Fiebre Reumatica  
 Si No Desmayos/mareos                      Si No Ataques  
 Si No Dolor de cabeza/migrans Si No Herpes  
 Si No Ataque del Corazon                      Si No Enfermedad de celula hoz  
 Si No Soplo cardiaco                      Si No Sinusitis  
 Si No Cirugia del Corazon                      Si No Embolia  
 Si No Hemofilia                      Si No Ulcera  
 Por favor indique cualquier otra condicion medica que no esta nombrada en la lista:  
 \_\_\_\_\_

Es alergico(a) a lo siguiente: (Por favor circule las que apliquen)

Aspirina	Erythromycin	Metales
Codeina	Joyas	Penicilina
Anestescos dentales	Latex	Tetraeyline

Por favor de indicar cualquier otro medicamento/materials que le produzcan alergias: \_\_\_\_\_

### Historia Dental

¿Cual es la principal razon por su vista a nuestra oficina hoy?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ¿Actualmente tiene dolor?                      Si                      No  
 ¿Requiere antibioticos antes de su tratamiento dental?                      Si                      No  
 Actualmente su salud dental est:  
                          Buena                      Razonable                      Pobre  
 ¿Cuando fue la ultima vez que tuvo una evaluacion dental?  
 \_\_\_\_\_  
 ¿Aguna vez ha tenido dificultatres o serios problema asociados con un procedimiento dental?  
 ¿Usa seda dental a menudo?                      Si                      No  
 ¿Se cepilla los dientes a diario? Si                      No  
 ¿Ha sido atendido por el siguiente problema dental?  
 Si No Sangrado de ensilla                      Si No Movilidad de dientes  
 Si No Mal sabor/olor                      Si No Cancer oral/biopsia  
 Si No Ulceras                      Si No Cirugia del hueso  
 Si No Limpieza profunda/escalment                      Si No TMJ/TMD  
 Si No Enfermedad periodontal Si No Abrasion de cepillo de dientes  
 Si No Caliente/Fria Sensibilidad Si No Extraccion de muelas del juicio  
 ¿Le gustaria tener aliento mas fresco?                      Si                      No  
 ¿Le gustaria tener dientes mas blancos?                      Si                      No  
 ¿Esta contento con su sonrisa?                      Si                      No  
 ¿Si no, que le gustaria cambiar? \_\_\_\_\_

Entiendo que la informacion que he dado ho yes correcta y exacta al mayor de mi conocimiento. Tambien entiendo que esta informacion sera llevada a cabo la confianza mas terminante y es mi responsabilidad de informar a esta oficina cualquier cambio en mi estado medico. Autorizo por este medio el tratamiento y el uso de oxido nitroso, anesthesia, sedacion oral y de otros medicamentos necesarios para que el tratamiento dental sea rendido por el personal dental.

Firma del paciente (padres/guardian)                      Fecha

Comentarios/notas del doctor: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

He revisado verbalmente la informacion medica/dental con el paciente(padres) nombrados.

Firma del revisado                      Fecha

#### Primera Actualizacion

Cambios: \_\_\_\_\_

Firma Del paciente (padres):                      Fecha:                      Revisado: \_\_\_\_\_

#### Seguanda Actualizacion

Cambios: \_\_\_\_\_

Firma del paciente(padres):                      Fecha:                      Revisado: \_\_\_\_\_

#### Tercera Actualizacion

Cambios: \_\_\_\_\_

Firma del paciente (padres):                      Fecha:                      Revisado: \_\_\_\_\_