

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Razon de su visita _____ Fecha de su ultima visita _____
 Dentista Anterior _____ Fecha de sus ultimos rayos x _____

- ¿El paciente está bajo el cuidado de un médico? Sí No De ser así _____
- ¿Ha estado hospitalizado o se ha sometido a una cirugía importante? Sí No De ser así _____
- ¿Ha sufrido alguna lesión grave en la cabeza o el cuello? Sí No De ser así _____
- ¿Está tomando medicamentos, pastillas o drogas? Sí No De ser así _____
- ¿Toma o alguna vez ha tomado Fen-Fen o Redux? Sí No De ser así _____
- ¿Lleva una dieta especial? Sí No De ser así _____
- ¿Usa productos de tabaco? Sí No De ser así _____
- Enumere las hospitalizaciones, cirugías o enfermedades graves Sí No De ser así _____

Mujeres: ¿Está...? Embarazada o tratando de quedar embarazada Amamantando Tomando anticonceptivos orales

- ¿Es alérgico a alguno de los siguientes elementos?
- Aspirina Penicilina Codeína Acrílico
 - Metales Látex Anestésicos locales
- ¿Otras alergias? Sí No De ser así _____

¿Ha tenido alguna de las siguientes?

Déficit de atención /con hiperactividad <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Convulsiones <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Marcapasos cardiaco <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Pérdida de peso reciente <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Positivo a SIDA/VIH <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Medicamento cortisona <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Problemas/ enfermedad cardíacos <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Diálisis renal <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Anafilaxis <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Diabetes I <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hemofilia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Fiebre reumática <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Anemia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Diabetes II <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hepatitis A <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Reumatismo <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Angina <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Síndrome de Down <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hepatitis B o C <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Escarlatina <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Trastorno de ansiedad <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Drogadicción <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Herpes <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Zóster <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Artritis/Gota <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Facilmente sin aliento <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Presión arterial alta <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Anemia de pranáocítica <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Válvula cardíaca artificial <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfisema <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Colesterol elevado <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Sinusitis <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Articulación artificial <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	*Epilepsia o convulsiones <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Urticaria o sarpullido <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Necesidades especiales <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Aspberger <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hemorragias <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hipoglucemia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Retrasos en el desarrollo <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Asma <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Demasiada sed <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Latidos irregulares del corazón <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Espina bífida Enfermedad estomacal /intestinal <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Autismo <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Desmayos/Mareos <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Problemas renales <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ataque cerebral <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Hemopatía <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Trastornos del espectro alcohólico fetal <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Leucemia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hinchazón extremidades <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Transfusión de sangre <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tos frecuente <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad hepática <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad tiroidea <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Problemas respiratorios <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Diarrea frecuente <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Presión arterial baja <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Amigdalitis <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Moretones fácilmente <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Cefalea frecuente <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedades pulmonares <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tuberculosis <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Cáncer <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Herpes genitales <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Prolapso de valvula mitral <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tumores o bultos <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Quimioterapia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Glaucoma <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Dolor mandibular <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Úlceras <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Dolor de pecho <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Rinitis alérgica <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hipoparatiroidismo <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad venérea <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Llagas en la boca/labios <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ataque/ insuficiencia cardíaca <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Atención psiquiátrica <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ictericia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Cardiopatía congénita <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	*Soplo cardíaco <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tratamientos de radiación <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	DENTAL

*Si tiene soplo cardíaco, ¿requiere antibióticos antes de tratamiento dental? Si No De ser así _____

*Si tiene epilepsia o convulsiones, fecha del último episodio? Si No De ser así _____

¿Alguna vez ha tenido una enfermedad o trastorno grave no enumerado anteriormente? Si No De ser así _____

Alguna vez ha tenido una reaccion alergica a la novocaina, anestésicos locales o generales? Si No _____

Alguna vez ha tenido problemas con su cuidado dental ? Si No _____

Mal aliento Si No

Boca Seca Si No

Encías inflamadas, sensibles o sangrantes Si No

Dientes flojos/rellenos rotos Si No

Se le ha suministrado Oxido Nitroso Si No

Sensibilidad a la presión o irritantes Si No

¿Tiene alguna de las siguientes costumbres?

- Chuparse el dedo Chuparse/morderse el labio Morderse las uñas
- Morder objetos duros Rechinar los dientes Apretar la mandíbula

Que tan frecuente usa el hilo dental? _____
Que tan frecuente se cepilla? _____

Comentarios: _____

A mi mejor saber y entender, las preguntas en este formulario se han contestado con exactitud. Comprendo que si doy información incorrecta, esto puede ser peligroso para la salud del paciente. Tengo la responsabilidad de informarle al consultorio dental sobre todo cambio en la condición de salud del paciente. También autorizo al personal del consultorio para que lleve a cabo los servicios dentales necesarios que el paciente pueda necesitar.

X _____ Fecha _____
 Firma del paciente, padre, madre o tutor

Este Formulario ha sido revisado por el paciente, padre/tutor y las condiciones han sido anotadas con precision

X _____ Fecha _____
 Firma del dentista proveedor /staff