

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?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No De ser así _____
¿Ha estado hospitalizado o se ha sometido a una cirugía importante?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No De ser así _____
¿Ha sufrido alguna lesión grave en la cabeza o el cuello?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No De ser así _____
¿Está tomando medicamentos, pastillas o drogas?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No De ser así _____
¿Toma o alguna vez ha tomado Fen-Fen o Redux?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No De ser así _____
¿Lleva una dieta especial?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No De ser así _____
¿Usa productos de tabaco?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No De ser así _____
Enumere las hospitalizaciones, cirugías o enfermedades graves	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No De ser así _____

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

¿Es alérgico a alguno de los siguientes elementos?

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

*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 reacción alérgica a la novocaina, anestésicos locales o generales? Si No _____

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

¿Tiene alguna de las siguientes costumbres?

<input type="radio"/> Chuparse el dedo	<input type="radio"/> Chuparse/morderse el labio	<input type="radio"/> Morderse las uñas
<input type="radio"/> Morder objetos duros	<input type="radio"/> Rechinar los dientes	<input type="radio"/> 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 precisión

X _____ Fecha _____
Firma del dentista proveedor /staff