Nombre del Paciente _____ Fecha de Hoy _____
Dirección Residencial _____ Fecha de Nacimiento _____
_____ Teléfono de la Casa _____
Correo Electrónico _____ Teléfono Celular _____
Dirección del Trabajo _____ Teléfono del Trabajo _____
_____ Número de Seguro Social _____

Nombre Del Paciente

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Médico _____ Teléfono de la Oficina _____ Fecha del Ultimo Examen _____

	Sí	No
1. ¿Está actualmente bajo tratamiento médico?	☐	☐
2. ¿Ha sido hospitalizado alguna vez debido a un procedimiento quirúrgico o una enfermedad grave?	☐	☐
3. ¿Está tomando algún medicamento, incluyendo medicinas sin receta?	☐	☐
Si afirmativo, ¿cuáles son? _____		
4. ¿Alguna vez ha tomando Fen-Phen/Redux?	☐	☐
5. ¿Usted fuma?	☐	☐
6. ¿Ingiere bebidas alcohólicas, cocaína u otras drogas?	☐	☐
7. ¿Usa usted lentes de contacto?	☐	☐

8. ¿Es usted alérgico o ha tenido alguna reacción a alguno de los siguientes medicamentos?

Sí	No		Sí	No		Sí	No	
☐	☐	Anestésicos Locales (por ejemplo, novocaína)	☐	☐	Barbitúricos	☐	☐	Aspirina
☐	☐	Penicillina u otros antibióticos	☐	☐	Sedantes	☐	☐	Otro _____
☐	☐	Medicamentos a base de sulfa	☐	☐	Yodo			_____

	Sí	No
9. ¿Tiene una tos persistente o molestias de la garganta que no estén relacionadas con alguna enfermedad conocida (por más de 3 semanas)?	☐	☐
10. Si Es Mujer:		
a)¿Está usted o cree que podría estar en estado de embarazo?	☐	☐
b)¿Está dando el pecho a su bebé?	☐	☐
c)¿Está tomando píldoras anticonceptivas?	☐	☐

11. ¿Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades o dolencias?

Sí	No		Sí	No		Sí	No	
☐	☐	Hipertensión	☐	☐	Enfermedad del Corazón	☐	☐	Dolor en el Pecho
☐	☐	Ataque Cardíaco	☐	☐	Marcapaso Cardíaco	☐	☐	Ataques de Falta de Aire
☐	☐	Fiebre Reumática	☐	☐	Soplo Cardíaco	☐	☐	Apoplejía
☐	☐	Tobillos Hinchados	☐	☐	Angina	☐	☐	Fiebre de Heno/Alergias
☐	☐	Mareos/Ataques Repentinos	☐	☐	Cansancio Frecuente	☐	☐	Tuberculosis
☐	☐	Asma	☐	☐	Anemia	☐	☐	Terapia de Radiación
☐	☐	Hipotensión	☐	☐	Enfisema	☐	☐	Glaucoma
☐	☐	Epilepsia/Convulsiones	☐	☐	Cáncer	☐	☐	Pérdida de Peso Reciente
☐	☐	Leucemia	☐	☐	Artritis	☐	☐	Enfermedad del Hígado
☐	☐	Diabetes	☐	☐	Reemplazo de Articulación o implante	☐	☐	Problema del Corazón
☐	☐	Enfermedad de los riñones	☐	☐	Hepatitis/Ictericia	☐	☐	Problemas respiratorios
☐	☐	Infección de SIDA o HIV	☐	☐	Enfermedades Venéreas	☐	☐	Otro _____
☐	☐	Problema de Tiroides	☐	☐	Problemas Estomacales/Ulceras			_____

Observaciones

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Firma del Dentista Fecha

HISTORIA DENTAL DEL PACIENTE

	Sí	No
1. ¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes o usa hilo dental?	☐	☐
2. ¿Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos fríos o calientes?	☐	☐
3. ¿Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos dulces o ácidos?	☐	☐
4. ¿Siente dolor en alguno de los dientes?	☐	☐
5. ¿Tiene alguna herida o abultamiento en o alrededor de la boca?	☐	☐
6. ¿Ha sufrido alguna vez una lesión en la cabeza, en el cuello o en la mandíbula?	☐	☐
7. ¿Alguna vez ha padecido de alguno de los siguientes problemas en la mandíbula?		
a) ¿Ruidos ligeros?	☐	☐
b) ¿Dolor (en la articulación, el oído, o en el lado de la cara)?	☐	☐
c) ¿Dificultad a abrir o cerrar la boca?	☐	☐
d) ¿Dificultad al masticar?	☐	☐

	Sí	No
8. ¿Padece usted de dolores de cabeza frecuentes?	☐	☐
9. ¿Aprieta o cruje usted los dientes?	☐	☐
10. ¿Se muerde los labios o el interior de las mejillas con frecuencia?	☐	☐
11. ¿Ha sufrido extracciones difíciles en el pasado?	☐	☐
12. ¿Se le ha practicado algún trabajo de ortodoncia?	☐	☐
13. ¿Ha sangrado prolongadamente después de una extracción?	☐	☐
14. ¿Ha recibido instrucción sobre el método correcto de cepillarse los dientes?	☐	☐
15. ¿Ha recibido instrucción sobre el cuidado de las encías?	☐	☐

Certifico que he leído y entendido la información anterior. Las preguntas anteriores han sido contestadas con exactitud, a mi mejor saber y entender. Entiendo que suministrar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud.

FIRMA X _____ _____
Firma del Padre o Tutor (si el paciente es menor de edad) Fecha