

# INFORMACION DE SALUD

CHART # \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

## HISTORIAL DENTAL

Porfavor circular la respuesta que aplicué:  si no

- Existe alguna condicion de la cual deberiamos estar enterados? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ si contesto si, especificar: \_\_\_\_\_
- Porque esta aqui ahora? Chequeo: \_\_\_\_\_ Limpieza: \_\_\_\_\_ Dolor de una pieza: \_\_\_\_\_ Queja principal: \_\_\_\_\_
- Cuando fue la ultima vez que visito a un Dentista? \_\_\_\_\_ Que tratamiento fue llevado acabo? \_\_\_\_\_
- Se le hizo una limpieza? Si No Nombre de su Dentista anterior: \_\_\_\_\_
- Se le tomaron radiografias? Si No \_\_\_\_\_
- Ha sufrido con problemas de sangrado despue de una extraccion? si no
- Ha tenido problemas con tratamientos dentales en el pasado? si no
- Ha tenido Problemas con sus oidos? si no
- Ha tenido Problemas con su mandibula? si no
- Le sangran facilmente las encias? si no
- Siente usted que tiene mal aliento? si no
- Son sensibles sus dientes al calor o al frio? si no
- Le gustaria que sus dientes fueran mas blancos? si no
- Le gustaria algun cambio cosmetico a sus dientes? si no
- Ha tenido complicaciones con la anestesia local? si no

## HISTORIAL MEDICO

- Esta bajo cuidado medico ahora..... si no
- Nombre de su Medico \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_
- Es usted alergico a PENICILINA, CODEINA, ANESTESICOS, TRANQUILIZANTES, ALGUNA DROGA O MEDICINA? Cual? \_\_\_\_\_
- Esta usted tomando algun medicamento ahora incluyendo pildoras anticonceptivas? si no Cuales: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Esta usted embarazada? si no Cuantos meses? \_\_\_\_\_
- Algun otro problema de salud de lo cual deberiamos de estar enterados? \_\_\_\_\_

Tiene usted o ha tenido alguna de estas enfermedades?

### PROBLEMAS DE CORAZON

### OTRAS ENFERMEDADES

- |                                      |                                |                                   |                               |
|--------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| Y / N Válvula Artificial             | Y / N SIDA ( HIV )             | Y / N Articulaciones artificiales | Y / N Problemas Respiratorios |
| Y / N Dolor de Pecho                 | Y / N Asma                     | Y / N Herpes                      | Y / N Fiebre Reumática        |
| Y / N Problemas Circulatorios        | Y / N Cáncer                   | Y / N Hepatitis                   | Y / N Sinusitis               |
| Y / N Defectos Congénitos de corazón | Y / N Quimo / Radio terapia    | Y / N Riñón / Diálisis            | Y / N Injertos                |
| Y / N Ataques de Corazón             | Y / N Diabetes                 | Y / N Alergias al Látex           | Y / N Derrames                |
| Y / N Murmullos del Corazón          | Y / N Adicción                 | Y / N Problemas de Hígado         | Y / N TMD / TMJ               |
| Y / N Presión Alta                   | Y / N Enfisema                 | Y / N Ansiedad / Nervios          | Y / N Tuberculosis            |
| Y / N Presión Baja                   | Y / N Epilepsia / Convulsiones | Y / N Osteoporosis                |                               |
| Y / N Prolapso de válvula Mitral     | Y / N Sangrado excesivo        | Y / N Phen-Phen                   |                               |
| Y / N Marca Pasos                    | Y / N Desmayos                 | Y / N Cuidado Psiquiátrico        |                               |

He contestado cada pregunta completa y exactamente. Yo informare a mi dentista de cualquier cambio en mi salud y/o medicacion. Hago constar ademas que doy mi consentimiento a que se lleven a cabo radiografias y exámenes orales.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
( firma de Guardian si el paciente es menor de edad)

REVISIONES POSTERIORES: Firma del Doctor: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Firma del Doctor: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Firma del Doctor: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Firma del Doctor: \_\_\_\_\_