FECHA de nacimiento: edad:

FUE MI ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO:

¿HAN SIDO HOSPITALIZADOS O TENÍA UNA ENFERMEDAD GRAVE EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS?

EXPLIQUE:

¿ESTÁ AHORA BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO? ¿Por qué?

NOMBRE del médico: Dirección: teléfono: (     )

LISTA MEDICAMENTOS, HIERBAS, VITAMINAS ESTÁ TOMANDO:

¿HAS TOMADO MEDICACIÓN PREVIA PARA CITAS DENTALES?

SI SÍ, ¿POR QUÉ?

**VERDAD O ¿HAS TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES? POR FAVOR MARQUE SÍ O NO.**

**NO SÍ NO SÍ NO SÍ**

□ □ HEPATITIS  □ □ STROKE   □ □ prolapso de válvula MITRAL

□ □ DIABETES  □ □ enfermedad renal  □ □ VIH + / SIDA

□ □ Epilepsia  □ □ hipertensión arterial  □ □ desorden nervioso

□ □ Afección cardíaca anormal  □ □ fiebre reumática  □ □ TB

□ □ Soplo en el corazón  □ □ asma  □ □ radioterapia

□ □ Infarto □ □ sangrado anormal □ □ úlcera   □ □ Esta/REDUX

**¿ES USTED ALÉRGICO A CUALQUIERA DE ESTOS MEDICAMENTOS? POR FAVOR MARQUE SÍ O NO.**

SÍ NO

□ □ CODEÍNA  □ □ sulfito  □ □ eritromicina  □ □ LATEX

□ □ Aspirina  □ □ SULFAS  □ □ penicilina

□ □ METAL o alergias al níquel  □ □ anestésicos locales (lidocaína, novocaína, XILOCAÍNA)

□ □ Otros medicamentos o drogas por favor liste

**HISTORIA DENTAL**

¿1. HA TENIDO UNA REACCIÓN INUSUAL A LA MEDICINA DENTAL O ANESTESIA? SÍ NO NO SÉ

¿QUÉ FUE?

2 ¿HA TENIDO ALGUNA COMPLICACIÓN DESPUÉS DEL TRATAMIENTO DENTAL? SÍ NO NO SÉ

¿QUÉ ERAN?

3 ¿HA TENIDO ALGUNA LESIÓN A LOS DIENTES, MANDÍBULAS O CARA? SÍ NO NO SÉ

4. ¿SANGRAN LAS ENCÍAS? SÍ NO NO SÉ

5. ¿TIENES DOLOR O DOLOR EN LOS DIENTES? SÍ NO NO SÉ

6. SI PODEMOS MEJORAR TU SONRISA ESTARÍA INTERESADO? SÍ NO NO SÉ

7. ¿QUÉ CAMBIARÍAS DE TU SONRISA?

8. ¿TIENE PREOCUPACIONES SOBRE EL MAL OLOR ORAL? SÍ NO NO SÉ

9. SI SIENTES QUE TIENEN NECESIDADES ESPECIALES DE TRATAMIENTO DENTAL, ¿QUÉ SERÍAN?

10. NOMBRE DEL ANTERIOR DENTISTA?

11. FECHA DE LA ÚLTIMA RADIOGRAFÍA?

**¿TIENES ALGUNA ENFERMEDAD, CONDICIÓN O PROBLEMA NO MENCIONADOS QUE DEBERÍAMOS SABER INCLUYENDO EL USO DE DROGAS RECREATIVAS? EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR EXPLIQUE:**

¿ACTUALMENTE ESTÁS USANDO UNA PRÓTESIS ARTIFICIAL DE CUALQUIER TIPO? (VÁLVULA DE CORAZÓN ARTIFICIAL DE CADERA, RODILLA,)

EN CASO AFIRMATIVO, SÍRVASE INDICAR QUÉ TIPO:

**Mujer solamente:**¿Estás embarazada? En caso afirmativo, ¿en qué mes?

¿ESTÁ TOMANDO PÍLDORAS DE CONTROL DE LA NATALIDAD? Si es así, le informamos que cualquier antibiótico prescrito puede interferir con sus píldoras anticonceptivas y alternativa deben utilizarse métodos de contracepción.

Para evitar malentendidos con respecto a su seguro dental, deseamos que nuestro paciente es saber lo que en última instancia, **todos los pacientes son personalmente responsables para pago de tasas.** Estaremos encantados de ayudarle a completar los formularios del seguro. Después de pago se ha recibido de su compañía de seguros, una declaración se le enviará a usted por cualquier saldo adicional.

POR LA PRESENTE AUTORIZO EL PAGO DIRECTAMENTE A LA INSTALACIÓN NOMBRADA POR ENCIMA DE LOS BENEFICIOS DE SEGURO DE GRUPO LO CONTRARIO PAGADEROS A MÍ Y LA LIBERACIÓN DE CUALQUIER INFORMACIÓN RELACIONADA CON ESTA AFIRMACIÓN.

Concedo autoridad al dentista a cargo de mi cuidado para administrar cualquier tratamiento, para administrar estos anestésicos y realizar los procedimientos tales que juzgue necesario en el diagnóstico y tratamiento de mi caso.También entiendo que es muy importante informar cualquier cambio en mi condición de médico o dental al dentista a la mayor brevedad y estoy de acuerdo en hacerlo. Doy permiso al dentista para obtener cualquier información adicional con respecto a mi historial médico necesario para proporcionarme el mejor tratamiento posible de mi médico.

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR FECHA

**GRACIAS \*\*\***

**PACIENTE, NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA**

RESUMEN DE LA HISTORIA Y LAS NOTACIONES DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS:

FIRMA: fecha: