

# Historia Médica del Paciente

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Teléfono de la Oficina \_\_\_\_\_ Fecha del Último Examen \_\_\_\_\_

2. ¿Está ahora bajo tratamiento antibiótico?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	9. ¿Es Ud. alérgico o ha tenido una reacción a esas sustancias?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. ¿Durante los últimos 5 años, ha sido hospitalizado por una operación o enfermedad seria? Si es así, explique por favor: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aeséptico local (Novocaina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha Ud. tomado Plon-Fen/Redox?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Penicilina u otros antibióticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Usa Ud. tabaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sulfamidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Usa Ud. drogas ilícitas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Barbitúricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Usa Ud. lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sedantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene o ha tenido algunas de las condiciones siguientes?			Yodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataques cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algunos metales (plata, mercurio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lacta o productos de leche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tablillas hipoalérgicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros (favor de enumerar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dronayolol/aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Presión baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Epilepsia/convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
SIDA o infección por HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Enfermedad del timoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Marcapaso cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Arritmias en el corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Cansado con frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Enfamea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Reemplazo de articulación o implante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hepatitis/hepatocarcinoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Problemas del estómago/digestivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Dolor del pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Falta de aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ataque de pánico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Fiebre del heno/alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Terapia de radiación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Reciente pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Enfermedad de hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Fralpado de válvula mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

# Historia Dental del Paciente

Nombre y Dirección del Último Dentista \_\_\_\_\_ Fecha del Último Examen \_\_\_\_\_

1. ¿Sangran las encías cuando se cepilla o usa hilo dental?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	7. (Cont.)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. ¿Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos fríos o calientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor (articulación, oreja, lado de la cara)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos dulces o ácidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad en abrir o cerrar la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Siente dolor en algunos de los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad al masticar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene halito o flujo de saliva de la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. ¿Tiene dolores de cabeza con frecuencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha sentido heridas a la cabeza, el cuello o la quijada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. ¿Aprieta o muerde los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha tenido algunos de los problemas siguientes en la quijada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. ¿Muerde los labios o las mejillas con frecuencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruido en la quijada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. ¿Ha tenido erecciones difíciles en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			12. ¿Ha sangrado prolongadamente después de una extracción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			13. ¿Ha tenido tratamiento por un ortodontista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			14. ¿Tiene Ud. dentadura postiza o parciales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Si es así, ¿cuál fue la fecha de colocación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			15. ¿Ha recibido instrucciones higiénicas sobre el cuidado de los dientes y las encías?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			16. ¿Le gusta su sonrisa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Autorización

Yo certifico que he leído y entendido la información de arriba a lo mejor de mi conocimiento. He consentido todas las preguntas exactamente. Yo entiendo que información incorrecta puede ser peligrosa para mi salud. Yo autorizo al dentista para proveer cualquier información (incluyendo diagnóstico y los archivos del examen o tratamiento para mí o mi niño durante el periodo de cual cuidado dental) a seguro contra tercera persona y/o otros profesionales de salud. Yo autorizo y le pido a la compañía de seguros a pagarme directamente al dentista o grupo dental los beneficios que hubieran sido pagados a mí. Yo entiendo que la compañía de seguros puede pagar menos del total. Yo estoy de acuerdo que soy responsable de pagar todos servicios prestados a favor de mí o mis dependientes.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (o Firma del Padre, si el Paciente es Menor)

Observaciones del Doctor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha