



NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

FECHA DE HOY: _____

HISTORIA DE SALUD DENTAL

Conteste todas las preguntas circulando Si (S) o No (N)

- 1. Esta ud en Buena salud?..... S N
- 2. Nombre de su Doctor? _____
- 3. Fecha de su ultimo examen fisico? _____
- 4. Ha sido Ud hospitalizado por una enfermedad seria o Por alguna operacion? S N
- 5. Alergias? _____
- 6. Sufre de alguna incapacidad o limitacion fisica?

- 7. Quien es su dentista previo? _____
- 8. Cuando fue su ultima visita al dentista? _____
- 9. Esta teniendo usted algun problema dental?..... S N
- 10. Por favor escriba el nombre de cualquier medicina que este consumiendo en este momento.

11. Que piensa usted del estatus de su salud dental?

12. Esta usted teniendo algun problema dental especifico?

13. Ud sufre o a sufrido de lo siguiente:

- A. Problemas cardiovasculares,(ataques al Corazon, Rumor en el Corazon,arteria coronaria, presion alta, Derrame cerebral, palpitaciones, marcapasos Taquicardia bradicardia, sirugia al Corazon? S N
- B. Problemas congenitos del corazon? S N
- C. Fiebre reumatica(o enfermedades del Corazon..... S N
- D. Enfermedad de los riñones..... S N
- E. Enfermedades del higado (hepatitis, coloracion Amarilla en la piel)..... S N
- F. Enfermedades pulmonares,(asma,efisema Neumonia,dolor en el pecho, bronquitis)..... S N
- G. Cancer quimoterapia o tratamiento de radiacion .. S N
- H. Diabetes?..... S N
- I. Ataques, epilepsia o convulciones? S N
- J. Efermedades mentales?..... S N
- K. Desmayos o mareos? S N
- L. Sangramiento (sangra ud facilmente?)..... S N
- M. Problemas de sangre relacionados con anemia? ... S N
- N. Problemas estomacales? S N
- O. HIV? S N
- P. SIDA? S N
- Q. Enfermedades transmitidas sexualmente? S N
- R. Problemas de la piel? S N

- S. Sirugia de Implantes (reemplazo de coyunturas, valvula del corazon, marcapasos etc.)?..... S N
- T. Problemas de oido,vision o desarrollo del habla.... S N
- U. Mandibula o quijada (dolor, malestar o ruido cuando habre y sierra la boca? S N
- V. Desorden autoimune (i.e. Lupus, Fibromyalgia, etc.)? Y N
- W. Artritis?..... S N
- X. Sinusitis o problemas nasales? S N
- Y. Dependencia del alcohol?..... S N
- Z. Uso de drogas? S N
- AA. Esta embarazada? S N
- BB. Esta lactando (leche materna?) S N
- CC. Toma usted medicinas herbales? S N
- DD. Fuma o usa algun tipo de Tabaco S N

Por favor liste alguna sirugia que haya tenido.

Por favor provea cualquier informacion adicional que pudiese ser util para el doctor durante su cuidado dental.

Notas del dentista: _____

Autorizacion para tratamiento:

Yo afirmo que he leído y comprendido esta forma. Yo afirmo que toda la informacion sobre mi historial y mi Condicion medica es verdadera.

Firma del paciente/padre del paciente

Fecha

Firma del dentista y fecha