



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 leido 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