



Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

HISTORIA DENTAL

1. ¿Es su primera visita al dentista? SI NO
2. ¿Tiene dolor dental, encías sangrientas o dientes sensibles? SI NO
3. ¿Alguna vez ha tenido una lesión en la cara o la mandíbula, o tiene dolor en la mandíbula? SI NO
4. ¿Alguna vez ha tenido problemas asociados con el tratamiento dental? SI NO
5. ¿Se cepilla los dientes y se pasa el hilo dental diariamente? SI NO
6. ¿Actualmente, o alguna vez ha usado productos de tabaco? SI NO
Si la respuesta es sí, explique _____
7. ¿Utiliza pastillas o enjuagues de fluoruro? SI NO
8. ¿Qué tipo de tratamiento dental cree que necesita? _____

HISTORIA MEDICA

La siguiente información es necesaria para que usted reciba tratamiento dental y será completamente confidencial. El tratamiento dental no será rechazado debido a condiciones médicas existentes.

1. ¿Está recibiendo algún tipo de tratamiento médico o ha sido hospitalizado? SI NO
2. ¿Ha tenido una enfermedad o cirugía reciente? SI NO
3. ¿Está tomando medicamentos recetados, no recetados o a base de hierbas? SI NO
En caso afirmativo, enumérelos _____
4. ¿Es alérgico a algún medicamento o al látex? SI NO
Si es así, haga una lista _____
5. ¿Ha tenido alguna vez sangrado excesivo que requiera tratamiento médico? SI NO
6. Si es mujer, ¿está embarazada? SI NO. Si es así, ¿cuándo le toca? _____
7. Escriba el nombre y el número de teléfono de su proveedor médico _____

8. Indique cuál de los siguientes ha tenido o tiene en la actualidad. Por favor, circule.

Alcoholismo	Trastorno de coagulación	Soplo cardíaco/Válvula cardíaca protésica	Medicamentos para Osteoporosis/Bifosfonato
Alergias	Defecto cardíaco congénito	Endocarditis Cardíaca	Marcapasos
Anemia	Diabetes	Antecedentes de transfusiones de sangre	Convulsiones
Ansiedad	Drogadicción	VIH/SIDA	Anemia drepanocítica
Artritis/Trastorno de las articulaciones	Enfisema/COPD	Hipertensión	Problemas de los senos paranasales
Asma	Terapia con medicamentos para la disfunción eréctil	Insuficiencia renal	ETS
Autismo	Desmayos/Mareos	Enfermedad hepática/Hepatitis	Úlcera de estómago
Mandíbula rota	Glaucoma/Cataratas	Trastorno de salud mental	Derrame cerebral
Cáncer	Enfermedad cardíaca/cirugía	Infarto de miocardio (ataque cardíaco)	Enfermedad de la tiroides
Dolor en el pecho/Angina	Insuficiencia cardíaca	Trasplante de órganos	Tuberculosis

9. ¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no esté en la lista anterior? SI NO

Explique: _____

Certifico que la información dada es completa y correcta. Se autoriza cualquier tratamiento necesario.

Firma del Padre/Madre o Tutor Legal _____ **Fecha** _____