



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
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
4. ¿Es alérgico a algún medicamento o al látex? ..... SI NO
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 Úlceras 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 \_\_\_\_\_