

Historial Médico del Paciente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Cuál es el nombre de su doctor primario?			
		SI	NO
1.	Esta usted actualmente bajo tratamiento médico?		
2.	Ha sido usted hospitalizado/a alguna vez debido a un procedimiento quirúrgico o a una enfermedad grave?		
3.	Está usted tomando algún medicamento actualmente? Incluir también medicinas sin receta Si respondió afirmativamente, cuáles son las medicinas?		

Lista de medicinas:

1. _____
2. _____
3. _____

Usted:		SI	NO
4.	Fuma cigarrillos, puros, o masca tabaco?		
5.	Usa bebidas alcohólicas, cocaína, o alguna otra droga?		
6.	Ha sido usted alguna vez premedicado con antibióticos antes del tratamiento dental?		
7.	Es usted alérgico/a o ha tenido alguna reacción alérgica a alguno de los siguientes medicamentos?	SI	NO
	Anestésico local		
	Penicilina u otro antibiótico		
	Medicamento a base de sulfa		
	Barbitúricos		
	Sedantes		
	Yodo		
	Aspirina		
	Otros ?		

Si es del sexo femenino, favor de contestar a las siguientes preguntas:		SI	NO
9a.	Está o cree usted estar en estado de embarazo?		
9b.	Esta tomando anticonceptivos?		

10. Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades o dolencias?								
	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Hipertensión			Enfermedad del corazón			Dolor en el pecho		
Ataque cardíaco			Ataques por falta de aire			Fiebre reumática		
Tobillos hinchados			Angina			Fiebre causada por alergias		

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Mareos/ataques repentinos			Cansancio frecuente			Tuberculosis		
Asthma			Enfermedad del hígado			Terapia de radiación		
Glaucoma			Epilepsia/Convulsiones			Cancer		
Pérdida de peso reciente			Leucemia			Problemas del corazón		
Anemia			Diabetes			Reemplazo de articulación o implante		
Artritis			Enfermedad de riñones			Hepatitis		
Problemas respiratorios			Infección del SIDA o HIV			Enfermedades venéreas		
Problemas de tiroides			Problemas estomacales/Ulceras			Otros		

Historia Dental del Paciente

		SI	NO
1.	Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes o usa hilo dental?		
2.	Son sus dientes sensitivos a líquidos o comida caliente o fría?		
3.	Son sus dientes sensitivos a líquidos o comida dulce o ácida?		
4.	Siente dolor en alguno de sus dientes?		
5.	Se ha lastimado alguna vez el cuello, la nuca, o la mandíbula?		
6.	Ha padecido alguna vez de alguno de los siguientes problemas en la mandíbula?	SI	NO
	a) Tronaduras		
	b) Dolor (de articulaciones, oídos, o a un lado de la cara)		
	c) Dificultad al abrir o cerrar la boca		
	d) Dificultad al masticar		

7. Fecha del último chequeo dental: _____

		SI	NO
8.	Padece de dolores de cabeza frecuentes?		
9.	Aprieta o cruje los dientes?		
10.	Ha sufrido extracciones difíciles en el pasado?		
11.	Ha tenido trabajo de ortodoncia?		
12.	Ha tenido sangramiento prolongado después de una extracción dental?		
13.	Ha recibido instrucciones sobre el método correcto de cepillarse los dientes?		
14.	Ha recibido instrucciones sobre el método correcto de cepillarse los dientes?		

