



Informacion de Salud

Nuestro personal toma la salud oral muy enserio. Necesitamos informacion sobre su historial medico. Puede afectar su tratamiento dental.

TODA INFORMACION ES CONFIDENCIAL.

| PERSONAL INFORMATION | | | | | | | |
|--|--|----------------|---------|----------------------|----------|-----------------------|--|
| Nombre: | | Telefono Casa: | | | Celular: | | |
| Apellido | | Nombre | Inicial | () | () | | |
| Direccion: | | Cuidad: | | | Estado: | Codigo postal: | |
| Fecha Nacimiento: | | Ocupacion: | | Num de Seguro Social | | Sexo: (cicule) M F | |
| Si ud. esta llenando esta forma para otra persona, que es su parentesco al paciente? | | | | | | | |
| Su Nombre: | | | | Parentesco: | | | |

Email:

| Historial Dental | Si | No | | Si | No |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Sangran sus encillas al sepiar/ usar hilo dental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sufre de dolor de oido o del cuello? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sus dientes son sensible al frio, caliente, dulce, presion?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene dolo o click en la mandibula?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se queda comida/ hilo dental entre sus dientes?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aprieta o rechina los dientes?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha tenido tratamientos de la ensia o limpiezas profundas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fecha de ultimo examen dental : | | |
| Le han extraido las muelas del juicio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fecha de ultima limpieza dental: | | |
| Fecha de ultimos rayos x dentales: | | | Tiene interes en blanquear sus dientes o procedimientos cosmeticos? | | |
| Como se siente acerca de su sonrisa? | | | Le gustaria remplazar dientes que ha perdido? | | |
| Le falta algun diente? | | | Le gustaria una dentadura postisa o placa nueva? | | |
| Si usa dentadura postiza o parciae cuanto tiemp tiene con ellos?: | | | | | |

Anote todo medicamento que este tomando incluyendo medicamento de venta libre, medicinas herbales y/o vitaminas:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____

| Alergias- Esta alergico o a tenido reaction adversa a: | Si | No | | Si | No |
|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Anesteticos Locales..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Latex (ule) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Penicilina o otros antibioticos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Metales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Codina o otros narcoticos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Comida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aspirina..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre dehenos/alergias estacionales..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Barbituricos, sedantes o pildoras para dormir..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Historial Medico | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Esta tomando o ha tomado Bifosfonato orales (FOSOMAX, ACTONEL, BONIVA) o Bifosfonato intrevenosas (ZOMETA, ARELIA)? (circule) | | | | Si | No |
| Cuanto tiempo los ha tomado? _____ | | | | | |
| Le ha dicho un medico o dentista que es necesario tomar antibioticos antes de recibir tratamiento dental? | | | | | |
| Alguna Ves a tenido | Si | No | | Si | No |
| Reemplazo de la articulacion, ejemplo, rodilla, cadera? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tratamientos de radiacion? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Valvulas artificiales (protesis) del corazon?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chemoterapia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Endocarditis infecciosa previa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Marca pasos del corazon? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Tiene o ha tenido: | S | N | | S | N | | S | N |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Enfermedad del corazon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aspirina/Anticoagulantes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre reumatica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infarto/defectos de Corazon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sangramiento Excesivo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ataque Fulminante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dialysis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tratamiento Psiquiatrico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alta presion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | VIH Positivo/ SIDA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis (Tipo:) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cancer (Tipo:) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infermeda del Hgado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tuberculosis (TB) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Epilespia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas estomacales, ulcera | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Mujeres | | | | | | | |
|---|--|--|--------------------------|--|--|--|--------------------------|
| Esta embarazada o amamantando? | | | <input type="checkbox"/> | Esta tomando pildoras anticonceptivas? | | | <input type="checkbox"/> |
| Advertencia: Antibioticos (como penicilina) pueden alterar los efectos de pildoras anticonceptivas. Consulte su medico con respecto a anticonseptivos secundarios. | | | | | | | |

A mi mejor conocimiento e contestado las preguntas completas y adecuadamente. Yo le informare a mi dentista si hay algun cambio en mi salud o medicamento.

Firma Paciente: _____ Fecha: _____

OFFICE USE ONLY

Health Information Updates:

Patient signature _____ Date _____

Patient signature _____ Date _____

Patient signature _____ Date _____

Patient signature _____ Date _____

Patient signature _____ Date _____

Patient signature _____ Date _____

Patient signature _____ Date _____

Patient signature _____ Date _____