

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE _____ FECHA _____

Razón principal por esta cita dental: Examen Emergencia Consulta

Marque un círculo

- ¿Tiene usted un problema dental específico? Explique. _____ Sí No
 ¿Consulta usted con el dentista regularmente? ¿Última consulta? _____ Sí No
 ¿Cree usted que tiene caries o enfermedad de encías? _____ Sí No
 ¿Se lava los dientes regularmente y usa hilo dental? Explique. _____ Sí No
 ¿A veces le sangran las encías? Explique. _____ Sí No
 ¿A usted le gusta su sonrisa? ¿Por qué? _____ Sí No
 ¿Se le atasca la comida entre los dientes? Dientes sueltos? _____ Sí No
 ¿Quiere usted guardar la dentadura que la queda? _____ Sí No
 ¿A veces le molesta la coyuntura mandibular? Rechina usted los dientes? _____ Sí No
 ¿Siempre han sido positivas sus experiencias en el consultorio del dentista? _____ Sí No
 ¿Fuma o mastica el tabaco? ¿Tiene llagas o tumores en la boca? Explique. _____ Sí No

Nombre de su dentista anterior. (Opcional) _____
 Fecha de la última radiografía de la boca entera (16 tomas o panorámica). _____

Histórico Médico

¿Está Ud. bajo el cuidado de un médico ahora? ¿Por qué? ¿Quién? _____ Tel. _____

¿Alguna vez se ha hospitalizado o ha tenido una operación mayor? Explique. _____

¿Alguna vez se ha lastimado seriamente el cuello o la cabeza? Explique. _____

¿Está tomando medicamentos, píldoras o rogas? ¿Cuáles? _____

¿Está siguiendo una dieta especial? Explique. _____

¿Tiene alergias a cualquier medicamento o sustancia? Indique abajo. _____

Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metal Hule látex Otras _____

MUJERES (Favor de indicar): Embarazada/tratando de concebir Lactando _____

Explique _____

*Si usted contesta "sí" a cualquiera de las condiciones con estrellitas, indique el medicamento previo.

	Si	No		Si	No		Si	No
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moretones salen con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad amarilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Susurro de corazón *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con los riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitación irregular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desangramiento excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Efusión renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia de células falciformes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de los tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorragia cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad paratiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desorden cardíaco congénital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trombo en la sangre recién nacido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis o gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prolapso válvula mitral *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremidades frías y dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reumas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escarlatina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Edema de piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor coyuntura mandíbula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre reumática *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exceso de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamento cortisona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvula mitral estrecha *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiración dificultosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coyuntura artificial *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malformación de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiración ronca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad venerea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloqueo de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiración ronca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiración ronca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Herpes genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Adicción a una(s) droga(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Tattoos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Alguna de las siguientes condiciones o enfermedades sería no indicada arriba? Explique. _____ Sí No

¿Quiere Ud. que su información sea consultada con el dentista en privado? _____ Sí No

Que yo sepa, las respuestas precedentes son verídicas. Si hay cambios en el estado de mi salud, les dejaré saber al dentista y a los dependientes del consultorio.

X _____ Fecha _____

FIRMA DEL PACIENTE (padre o guardián)

Revisado por el Doctor _____ Fecha _____ BP _____

Revisión de la historia y conclusiones: _____

Actualización Médica

Yo he leído mi HISTORIA MÉDICA fechada _____ y confirmo que la misma refleja precisamente mis condiciones anteriores y presentes.

FECHA	EXCEPCIONES	FIRMA DEL PACIENTE	BP	REVISADA POR
		Ninguna <input type="checkbox"/>		Dr. _____
		Ninguna <input type="checkbox"/>		Dr. _____
		Ninguna <input type="checkbox"/>		Dr. _____
		Ninguna <input type="checkbox"/>		Dr. _____
		Ninguna <input type="checkbox"/>		Dr. _____
		Ninguna <input type="checkbox"/>		Dr. _____
		Ninguna <input type="checkbox"/>		Dr. _____
		Ninguna <input type="checkbox"/>		Dr. _____