

# Antecedentes médicos del paciente

Médico \_\_\_\_\_

No. de Teléfono \_\_\_\_\_

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
1. Se encuentra actualmente bajo tratamiento ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Esta usando lentes de contacto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Es alérgico o ha tenido alguna reacción alérgica a los siguientes elementos:		
2. Ha estado alguna vez hospitalizado/a por alguna intervención quirúrgica o enfermedad grave durante los últimos 5 años ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Anestesia local (por ejemplo Novocaina).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la respuesta es si, explique: _____						Penicilina o cualquier otro antibiótico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Toma algún medicamento (s) incluidos los medicamentos sin receta medica?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Medicamentos con sufla.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre de los medicamentos: _____						Barbituricos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ha tomado alguna vez Fen-Phen/Redux ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Sedantes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ha tomado alguna vez Fosamax, Boniva, Actonel o algún medicamento para el cáncer que contenga bisfosfonatos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Yodo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ha tomado Viagra, Revatio, Cialis, o Levitra en las ultimas 24 horas ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Aspirina .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Consume Tabaco ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Algún metal (por ejemplo Niquel, Mercurio).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Usa sustancias controladas ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Latex/Goma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tiene o ha tenido alguno de los siguientes:						Otro _____		
	Sí	No		Sí	No	12. Solo mujeres.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión Arterial.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiopatía.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a) Esta embarazada o cree que pueda estarlo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque cardíaco.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos cardíaco.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) Esta amamantando?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre Reumática.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) Esta tomando anticonceptivos orales ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayos/Ataques.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Asma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cansancio frecuente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Presión Arterial Baja.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia/Convulsiones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre del heno/Alergias.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leucemia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radioterapia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Renal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implante o reemplazo de articulación....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sida o infección de VIH.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis/Ictericia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perdida de peso reciente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema de tiroides.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de transmisión sexual....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Hepática.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas estomacales/Ulceras..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas al corazón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Problemas respiratorios.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Prolapso de la válvula mitral.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Otros _____		

# Antecedentes Dentales del paciente

Nombre y ubicación del dentista anterior: \_\_\_\_\_

	Sí	No		Sí	No
1. Sangran sus encías mientras se cepilla o usa la seda dental?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Tiene dolores de cabeza frecuentes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sus dientes son sensibles a los alimentos fríos o calientes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Aprieta o rechina los dientes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sus dientes son sensibles a los alimentos dulces o amargos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Se muerde los labios o mejilla con frecuencia ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Siente dolor en alguno de sus dientes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Ha tenido extracciones difíciles en el pasado ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ha experimentado lesiones en la cabeza, cuello o mandíbula?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Ha tenido alguna vez una hemorragia prolongada después de una extracción ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ha experimentado alguno de los siguientes problemas en su mandíbula?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Ha tenido algún tratamiento de Ortodoncia ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chasquido?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Usa prótesis totales o parciales ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para abrir o cerrar?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Le gusta su sonrisa ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para masticar?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

# Autorización y entrega de información

Certifico que he leído y que comprendo la información anterior, a mi entender. Las preguntas anteriores se han contestado de forma precisa. Comprendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. También autorizo al dentista a entregar cualquier información incluido el diagnostico y registros de cualquier tratamiento o exámenes prestados a mi o a mi hijo durante el periodo de dicha atención dental a terceros pagadores y/o a otros profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista o al grupo de dentistas los beneficios del seguro o de lo contrario pagaderos a mi persona. Comprendo que mi compañía de seguros dental puede pagar menos que la cuenta real por los servicios. Acepto hacerme responsable de los pagos de todos los servicios prestados en mi nombre.

X  
Firma del paciente ( o padre/tutor si es menor de edad)

Comentarios del Dentista \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_