

Nombre del Paiente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Razon principal para una cita dental: **Examen** **Emergencia** **Consulta** (favor circule una)

### Dental History

Su salud dental de ahora es: **Buena** **Regular** **Mala** (favor circule una)

Usted require antibioticos antes de algun tratamiento dental? \_\_\_\_\_ Si o N

Usted tiene un problema dental especifico? Explique \_\_\_\_\_ Si o N

Usted se hace un examen dentall de rutina? Ultima visita \_\_\_\_\_ Si o N

Legusta su sonrisa? Porque? \_\_\_\_\_ Si o N

Se lava la boca diariamente? \_\_\_\_\_ Si o N Se pasa el hilo dental diario? \_\_\_\_\_ Si o N

Que clase de cerdas tienes en tu cepillo de dientes? Suave Mediano Duro (favor circule una)

Sus encias sangran? Explique \_\_\_\_\_ Si o N

Alguna ves su quijadale a hecho algun ruido extrano o le a dolido? \_\_\_\_\_ Si o N

Sus experiencias passadas en una oficina dental siempre han sido positivas? \_\_\_\_\_ Si o N

Usted fuma o mastica tabaco? ? \_\_\_\_\_ Y or N

### Medical History

Su Saluda fisica de ahora es: **Buena** **Regular** **Pobre** (favor circule una)

Esta bajo supervision medica ahora? Porque? \_\_\_\_\_ Si o N

Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido alguna operacion grande? Que y cuando? \_\_\_\_\_ Si o N

Ha tenido alguna lesion seria en su cabeza o cuello? Explique \_\_\_\_\_ Si o N

Usted tiene algun tornillo, barilla, implante o alguna coyuntura artificial? Donde? \_\_\_\_\_ Si o N

Estn tomando los medicamentos, pildoras o drogas? Esta usted tomando algun suplementos herbals o vitaminas? Si o N

Por favor, especificar: \_\_\_\_\_

Alguna ves a tomado Fosamax o algun bisphosphonatebisphosphonate (Suplemento de Calcio)? \_\_\_\_\_ Si o N

Usted es alergico a alguna de los siguientes? (Por favor marca to dos los que aplican)

Aspirina	Si Otro, Mencionalos	Guantes de Latex	Tetracyclina
Codeina	Erytromicina	Penicilina	Otro

Se Otro, Mencinelos: \_\_\_\_\_

**PARA MUJERES SOLAMENTE:** Estas embarazada? \_\_\_\_\_ Si o N Si o no estas lactando? \_\_\_\_\_ Si o N

Esta utilizando algun metodo anticonceptivo recetado? \_\_\_\_\_ Si o N

**PARA NINOS SOLAMENTE:** Tuo tu nino se cepilla la boca y usa el hilo dental en susdientes? \_\_\_\_\_ Si o N

Su nino se chupa el pulgar o los dedos? \_\_\_\_\_ Si o N

Ha tenido alguna enfermedad o problema medico entre los siguientes: (Por favor marca todos los que aplican)

Sagrado anormal	Enfisema	Alta Presion	Shingles
Abuso de Droga/Alcohol	Epilepsia	VIH/SIDA	Enfermedad de Celulas
Anemia	Desmayos	Problema del Rinon	Falciormes/Rasgos
Artritis	Dolores de Cabeza	Problema del Hgado	Sinusitis
	Frequentes/Migranas		Derrame Cerebral
Artificial Bones/Joints/Valves	Gastric Reflux	Baja Presion	Problemas de Tiroide
Asma	Glaucoma	Lupus	Tuberculosis (TB)
Tranfuction de Sangre	Ataque el Corazon	Mitral Valve Prolapse	Ulceras
Cancer/Quimioterapia/Radiacion	Soplo en el Corazon	Osteoporosis	Enfermedades Venerias O (VD)
Colitis	Cirugia del Corazon	Pacemaker	Escriba otras aqui:
Defecto Congenito del Corazon	Hemofilia	Problemas Siquiatricos	
Diabetis	Hepatitis: A.....B.....C.....Unknown	Fiebre Reumatica/Escarlata	
Dificultad al Respirar	Herpes	Convulsiones	

Firma del Paciente o Padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_