

**Sección I: Información del paciente**

Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Prefiero ser llamado : \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico Address: \_\_\_\_\_  
 Cónyuge o de los padres Nombre: \_\_\_\_\_

**Sección II: Historia de la Medicina**

Es su salud física actual: Buena \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Mala \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene actualmente un médico / proveedor de primaria? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Fecha de la última vez que vio a su médico de atención primaria / proveedor \_\_\_\_\_  
 Nombre y número de contacto del médico de atención / proveedor principal \_\_\_\_\_  
 Para las mujeres: ¿Está embarazada? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Está usted de enfermería? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Está utilizando un método prescrito de control de la natalidad? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 ¿Es usted fuma o consume tabaco en cualquier otra forma? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ # Paquetes \_\_\_\_\_  
 ¿Ha tenido alguna metálicos varillas, clavos o implantes? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Donde / cuando se coloca? \_\_\_\_\_  
 ¿Está tomando cualquier prescripción / over-the - counter o medicamentos suplementarios a base de hierbas? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Lista de Medicamentos: \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna vez has tomado Fosamax o cualquier otro bifosfonato (suplemento de calcio receta)? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas médicos?**

- |                                   |  |                                |                          |
|-----------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------|
| S o N sangrado anormal            | S o N Alcohol / Abuso de Drogas          | S o N hepatitis                | S o N Fiebre reumática   |
| S o N desmayos                    | S o N Alta Presion Sanguinea             | S o N VIH SIDA                 | S o N escarlatina        |
| S o N anemia                      | S o N Los dolores de cabeza frecuentes   | S o N hemofilia                | S o N herpes (shingles)  |
| S o N artritis                    | S o N Prolapso De La Válvula Mitral      | S o N Enfermedad Hepática      | S o N Ataque Del Corazón |
| S o N Huesos artificiales         | S o N Válvula de Corazón Artificial      | S o N Presión Arterial Baja    | S o N sinusitis          |
| S o N articulaciones artificiales | S o N Defecto congénito del corazón      | S o N lupus                    | S o N carrera            |
| S o N glaucoma                    | S o N Problemas de la tiroides           | S o N Problem as Renales       | S o N soplos del Corazón |
| S o N cancer                      | S o N Osteoporosis / Enfermedad de Paget | S o N herpes                   | S o N tuberculosis       |
| S o N Fiebre De Heno              | S o N Radiación / Quimioterapia          | S o N marcapasos               | S o N úlceras            |
| S o N diabetes                    | S o N Problemas psiquiátricos            | S o N Cirugía De Corazón       | S o N Enfermedad Venérea |
| S o N enfisema                    | S o N Enfermedad de células falciformes  | S o N Epilepsia / Convulsiones |                          |

**¿Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes?**

- |                |                            |                  |                    |
|----------------|----------------------------|------------------|--------------------|
| S o N aspirina | S o N Anestésicos dentales | S o N látex      | S o N tetraciclina |
| S o N codeína  | S o N eritromicina         | S o N penicilina | S o N otro         |

**Otra condición o ALERGIa no mencionados anteriormente?** \_\_\_\_\_

**Sección III Dental Historia**

Es su salud dental actual: Buena \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Mala \_\_\_\_\_ ¿Te gusta tu sonrisa? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Usted necesita antibióticos antes de realizar cualquier tratamiento dental? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál es su motivo de consulta y por qué estás aquí hoy? \_\_\_\_\_  
 ¿Está usted actualmente en el dolor? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Son sus dientes sensibles a la temperatura o la presión? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna vez has tenido un problema grave o difícil asociado a algún tratamiento dental anterior? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna vez has tenido un tratamiento de las encías? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Sus encías sangran? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 ¿Usted o alguna vez has experimentado el dolor / malestar en la articulación de la mandíbula? (ATM / TMD) Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 ¿Cuántas veces a la semana para que limpiarlos con hilo dental? \_\_\_\_\_ Cepille sus dientes? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué tipo de cerdas están en su cepillo de dientes? Soft \_\_\_\_\_ Medio \_\_\_\_\_ duro \_\_\_\_\_  
 ¿Cuánto tiempo cree usted utiliza un cepillo de dientes antes de reemplazarlo? \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna vez has perdido algún diente? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_, ¿por qué? \_\_\_\_\_

**Firma del paciente o Parent** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_