



### 3. Historia Dental

Marque "Si" o "No" si presenta o ha tenido alguna de las siguientes condiciones:

Razón de su visita \_\_\_\_\_  
 Dentista Formal \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_  
 Fecha Último Examen Dental \_\_\_\_\_  
 Fecha Últimos Rayos X \_\_\_\_\_  
 Fecha Ultima Limpieza \_\_\_\_\_  
 Frecuencia Cepillado \_\_\_\_\_  
 Frecuencia del Hilo Dental \_\_\_\_\_  
 Siente Dolor en alguna parte? \_\_\_\_\_  
 Describa \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Sensibilidad frío/caliente	Si	No	Mal aliento	Si	No
Sensibilidad al dulce	Si	No	Sensación de quemazón en la lengua	Si	No
Evita masticar por un lado de la boca	Si	No	Resequedad en la boca	Si	No
Sensibilidad al morder	Si	No	Accidente de mandíbula	Si	No
Restauraciones en mal estado	Si	No	Sonido/salto mandibular	Si	No
Empaquetamiento de alimentos entre dientes	Si	No	Frecuente dolor cabeza	Si	No
Fuma tabaco	Si	No	Rechina los dientes	Si	No
Inflamación de encías	Si	No	Dolor/cansancio mandibular	Si	No
Sangrado de encías	Si	No	Dolor de oído	Si	No
Lesión en labios o boca	Si	No	Tratamiento de ortodoncia	Si	No
Laceración o lesión dentro de boca/mejillas	Si	No	Tratamiento periodontal	Si	No

### 4. Historia Medica

Nombre de su Medico \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Por favor liste todos los medicamentos que esté tomando (incluya TODAS las prescripciones, suplementos) y la razón del uso:

*Usted es Alérgico ha alguno de los siguientes :*

**Aspirina** Si No **Eritromicina** Si No **Tetraciclina** Si No **Codeina** Si No **Latex** Si No **Penicilina** Si No

Por favor liste alguna otra droga/material a la que es alérgico: \_\_\_\_\_

Usted ha tenido alguna de las siguientes condiciones?  **Válvula Artificial**  **Soplo Cardiaco**  **Prolapso Válvula Mitral**  **Fiebre Reumática**

Mujeres Solamente: Usted utiliza anticonceptivos? **Si No** Está dando de lactar? **Si No** Está usted embarazada? **Si No** (Fecha de Parto: \_\_\_\_\_)

Marque "Si" o "No" si presenta o ha tenido alguna de las siguientes condiciones:

SIDA/ VIH	Si	No	Convulsiones / Epilepsia / Derrames	Si	No	Tratamiento con Phen-Phen	Si	No
Anemia	Si	No	Diabetes	Si	No	Radioterapia o quimioterapia	Si	No
Artritis o problemas de espalda	Si	No	Sangrado excesivo en cirugías/extracciones	Si	No	Enfermedades de transmisión sexual	Si	No
Asma o problemas respiratorios	Si	No	Problemas cardíacos	Si	No	Ataque Cardiaco	Si	No
Transfusión sanguínea (Fecha: _____)	Si	No	Hepatitis o problemas del hígado	Si	No	Desordenes de la tiroides	Si	No
Cáncer	Si	No	Presión alta o baja	Si	No	Tuberculosis	Si	No
Marcapasos	Si	No	Problemas de riñones	Si	No	Otros: _____	Si	No

Yo, certifico que he respondido a cabalidad estas preguntas con la mayor exactitud posible. Entiendo que proporcionando información incorrecta sobre mi historia médica o dental puede ser peligroso para mi salud.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Dentista

\_\_\_\_\_  
Fecha