

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 la encías? Explique. \_\_\_\_\_ Sí No
¿A usted le gusta su sonrisa? ¿Por qué? \_\_\_\_\_ Sí No
¿Se le atora 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 or panorámica). \_\_\_\_\_

Historia Médica

¿Está Ud. bajo el cuidado de un médico ahora? ¿Por qué? ¿Quién? \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Sí No
¿Alguna vez se ha hospitalizado o ha tenido una operación mayor? Explique. \_\_\_\_\_ Sí No
¿Alguna vez se ha lastimado seriamente el cuello o la cabeza? Explique. \_\_\_\_\_ Sí No
¿Está tomando medicamentos, píldoras o rogas? ¿Cuáles? \_\_\_\_\_ ¿Ha tomado fen-phen? \_\_\_\_\_ Sí No
¿Está siguiendo una dieta especial? Explique. \_\_\_\_\_ Sí No
¿Tiene alergias a cualquier medicamento o sustancia? Indiqua abajo. \_\_\_\_\_ Sí No
 Aspirina  Penicilina  Codeína  Acrílico  Metal  Hule látex  Otro \_\_\_\_\_
MUJERES (Favor de indicar):  Embarazada/tratando de concebir  Lactando  Tomando contraceptivos orales.
Explique \_\_\_\_\_ Sí No

\*Si usted contesta "sí" a cualquiera de las condiciones con estrellita en la lista abajo, favor de llamar antes de su cita ... tal vez se requiere medicamento previo.

Table with 8 columns of medical conditions and checkboxes for 'Sí' and 'No'. Conditions include Enfermedad cardíaca, Susurro de corazón, Palpitación irregular, Angina de pecho, etc.

¿Alguna vez ha tenido enfermedad seria no indicada arriba? Explique. \_\_\_\_\_ Sí No
¿Quiere usted una consulta con el dentista en privado? \_\_\_\_\_ Sí No

Que yo sepa, todas las respuestas precedentes son verdicas. 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.

Table with columns for FECHA, EXCEPCIONES, FIRMA DEL PACIENTE, BP, REVISADA POR. Includes rows for 'Ninguna' and 'Dr.' with checkboxes.