



FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA DENTAL
Por Favor Conteste Todas Las Preguntas. Escribir Con Letra De Imprenta.

Nombre Del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: ____/____/____
 APELLIDO NOMBRE MI Fecha De Hoy: ____/____/____

Información Dental-

Motivo por la visita el día de hoy al dentista: _____

Fecha de la última visita con el dentista: _____ Nombre del dentista: _____

Tiene usted miedo o ansiedad al dentista relacionada por alguna experiencia con el anterior dentista? SI NO

Si es así, por favor explique: _____

Tiene o ha tenido alguno de los siguientes: Sensibilidad Zonas adoloridas en la boca
 Encías Sangrando Dolor en las orejas o cerca de las orejas Mal Aliento Sensibilidad a lo caliente, frío o dulces

En escala de 1-10, circule el nivel de su dolor. No Duele Poco 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mucho

Ha tenido graves problemas asociados con algun tratamiento dental anterior? SI NO

Si es así, por favor explique: _____

Esta usando un aparato dental removible? SI NO

Información Médica-

ALERGIAS: Es usted alérgico o ha tenido alguna reacción a alguno de los siguientes medicamentos? En caso affirmative, por favor, indique en la línea qué tipo de reacción (erupción cutánea, ronchas, etc.)

Aspirina, Ibuprofeno	SI	NO _____	Látex	SI	NO _____
Barbituridos; sedantes; o pastillas para dormir	SI	NO _____	Anestésico Local	SI	NO _____
Codeína u otro narcótico	SI	NO _____	Acrílico	SI	NO _____
Yodo	SI	NO _____	Metales	SI	NO _____
Penicilina, Keflex (Cefalexina), u otros antibioticos (Listado)			Si es así, explique _____		
_____	SI	NO	Otros (listado) _____	SI	NO
Tylenol (Acetaminofeno)	SI	NO	_____	SI	NO

MEDICAMENTOS: Por favor liste todos los medicamentos, incluyendo los medicamentos que no necesitan receta: (si necesita más espacios por favor pida en la recepcion una forma adicional).

Nombre Del Medicamento	Cantidad/Dosis	Frecuencia (cuantas veces la toma)	Prescrita por: Nombre Del Doctor	Razon para que tome este medicamento

Usted Fuma? SI NO Usted usa Tabaco de mascar? SI NO
 Actualmente toma o ha tomado sustancias controladas (drogas) SI NO Tiene Buena salud? SI NO
 Ha tenido algun cambio en su estado general de salud en el último año? SI NO
 Esta usted bajo cuidado con algun médico? SI NO Si es así, cual es la condición por la cual lo estan atendiendo?

Nombre y numero telefonico de su médico: _____

Ha tenido alguna grave enfermedad, operación o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años? SI NO

Si es así por favor mencione los detalles de la operación o enfermedad: _____

1. Alguna vez el médico le ha aconsejado tomar antibióticos antes de procedimientos dentales? SI NO
2. Esta usted tomando o le han advertido de tomar medicamentos para enfermedad de los huesos? SI NO
- a. Si es así, esta tomando o ha tomado los siguientes medicamentos?
- Actonel (Risedronate) Boniva (Ibandronate) Fosamax or Fosamax Plus D (Alendronate)
- Skelid (Tiludronate) Didronel (Etidronate) Otro _____
3. Alguna vez le han administrado alguna de las siguientes drogas por vía intravenosa para tratamiento de cancer?
- Aredia (Pamidronate) Zometa or Reclast (Zoledronic Acid) Benefos (Clodronate)
4. Tiene algunas articulaciones artificiales? SI NO Si es así, en dónde? _____
Fecha en que se las pusieron _____
5. Ha recibido quimioterapia o terapias con radiacion por alguna enfermedad maligna u otra enfermedad? SI NO

Mujeres -

6. Podría estar embarazada? SI NO Si es así, cuando es a fecha del parto? _____
7. Esta usted amamantando? SI NO Esta tomando pastillas anticonceptivas o un sustituto hormonal? SI NO

Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o condiciones? Por favor circule la respuesta apropiada.

Fiebre Inexplicable	Si	No	Dificultad para respirar	Si	No	Hepatitis B	Si	No
Pérdida de peso inexplicable	Si	No	Tuberculosis	Si	No	Hepatitis C	Si	No
Herida en la cabeza	Si	No	Problemas cardiacos/Ataque al corazón	Si	No	Enfermedad en los riñones	Si	No
Ataques/Epilepsia	Si	No	Angina/ Insuficiencia coronaria	Si	No	Enfermedad venerea	Si	No
Desorden Nervioso	Si	No	Presion arterial alta	Si	No	SIDA-VIH	Si	No
Desorden Mental	Si	No	Dolor de pecho cuando hace algun esfuerzo	Si	No	Artritis/Reumatismo	Si	No
Desmayo/Mareos	Si	No	Daño o válvulas cardiacas artificiales	Si	No	Cancer/Tumores	Si	No
Embolia	Si	No	Cardiopatía congénita	Si	No	Diabetes	Si	No
Glaucoma	Si	No	Fiebre Rehumática	Si	No	Hipoglucemia	Si	No
Problemas de sinusitis	Si	No	Marcapasos cardíaco	Si	No	Inyecciones de cortisona	Si	No
Herpes Labial/Ampollas por fiebre	Si	No	Ulceras	Si	No	Enfermedad en la sangre o sangrados	Si	No
Enfermedad Detiroides	Si	No	Enfermedad del hígado	Si	No	Transfusión de sangre	Si	No
Problemas Respiratorios	Si	No	Ictericia	Si	No	Hipertermia maligna	Si	No
Asma	Si	No	Hepatitis A	Si	No			

Explique el problema para cualquier respuesta si : _____

Tiene algun otro problema médico que le preocupa? SI NO _____

Nombre de la persona que llena esta forma: _____ Relación con el paciente: _____

Yo declaro que las preguntas de este formulario han sido contestadas con precision. Entiendo que si doy información falsa o incorrecta puede ser perjudicial para mi salud. Entiendo que es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en mi estado de salud o historial médico. Yo no hare responsable a mi dentista o a ningun miembro de su personal de los errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

ESCRIBA SU NOMBRE

FIRMA