

HISTORIA MEDICA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Las siguientes condiciones PUEDEN requerir PREMEDICACION ANTES del tratamiento dental. Circular cualquiera de los cuales ha sido diagnostic/ tratdo:

SAPLO CARIACO

VALVULA DE CORAZON ARTIFICIAL

STENTS

REEMPLAZO DE LA ARTICULACION

LA VULVULA MITRAL

FIEBRE REUMATICA

ENDOCARDITIS

Fecha de reemplazo: _____

Nombre del medico: _____

Numero de telefono: _____

Nombre del cardiologo: _____

Numero de telefono: _____

Nombre de la farmacia _____

Ciudad _____ Estado _____

Esta actualmente bajo el cuicado de un medico? Si No

En caso afirmativo, describa: _____

Tiene alguna inquietud/ problema dental en este momento? _____

Es alergico a cualquiera de los siguientes?

Aspirina

Penicilina

Codeina

Anestesicos locales

Latex

Medicamentos de sulfa

Amoxicilina

Ibuprofeno

Otro: _____

Medicamentos actuales (recetas/ hierbas/ suplementos/ vitaminas)

MEDICAMENTOS	DOSIS	FRECUENCIA

Alguna vez ha sido tratado por Osteoporosis (Fosamax, Boniva, Actonel)?

Si NO

Ha tenido Tratamiento de Cancer con Aredia, Bonifos o Zomets?

Si NO

Esta tomando anticoagulantes, incluida la aspirina?

Si NO

Historia del paciente/Familiar– Indique si usted o algun miembro de su familia actualmente tiene o ha tenido alguno de los siguientes problemas de salud:

Problema de salud	Tú	Familia	Problema de salud	Tú	Familia
Fibrilación auricular			Enfermedad gastrointestinal		
Alzhéimer			Enfermedad cardíaca/ataque		
Anemia			Cirugía de corazón		
Angina de pecho			Hepatitis A B C		
Artritis			Alta presión sanguínea		
Asma			VIH		
Enfermedad autoinmune			Enfermedad del riñon		
Problemas de sangrado			SARM		
Tipo de cáncer:			Esclerosis múltiple		
Dependencia química			Marcapasos		
Quimioterapia			párkinson		
Insuficiencia cardíaca congestiva			Tratamiento psiquiatrico		
Demencia			Radiación Cabeza/Cuello		
Depresión			Enfermedad de Sjogren		
Diabetes			Problema sinusal		
Diálisis			Apnea del sueño		
Boca seca			Carrera		
Enfisema			ATM		
Epilepsia/Convulsiones			Tuberculosis		
Fibromialgia			Tiroides		

¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema no mencionado anteriormente que cree que debería saber? Si No

Explique: _____

TABACO: Consumidor de tabaco Si No Pasado

El tipo: _____ La cantidad: _____ Años: _____

¿Estás interesado en dejar el tabaco? Si No

INFORMACIÓN DE SALUD DENTAL:

Nombre del dentista anterior: _____ Fecha del último examen: _____

¿Cuan a menudo te cepillas los dientes? _____ ¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? _____

¿Qué tipo de bebidas consume habitualmente? _____

¿Cuáles son algunos alimentos típicos que comes entre comidas? _____

¿Con qué frecuencia chupa caramelos duros, caramelos para la tos y mentas? _____

¿Usas pasta de dientes con flúor? Si No

¿Fuente principal de agua? Ciudad los pozo Embotellado

HISTORIAL DENTAL DEL PACIENTE:

Antecedentes familiares de deterioro extenso Si No Boca seca o sed excesiva Si No

Tratamiento para la enfermedad periodontal Si No Dientes sensibles Si No

Ha tenido ortodoncia (brackets) Si No Mal aliento/mal gusto Si No

¿Ha tenido cirugía oral? Si No Herpes labial/ampollas/lesiones orales Si No

Tienes Implantes Dentales Si No Encías doloridas y sangrantes Si No

Tratamiento del trastorno de la ATM Si No Diente flojo Si No

Dificultad para masticar Si No La comida se queda entre los dientes Si No

Los dientes/empastes se rompen con frecuencia Si No Hábito de apretar o rechinar Si No

Chasquidos, estallidos o chasquidos en la mandíbula Si No Dolor de mandibula Si No

¿Usa dentadura postiza(s) o parcial(es)? Si No En caso afirmativo, fecha de colocación _____

Califica tu nivel de ansiedad dental: (**bajo**) **1** **2** **3** **4** **5 (alto)**

¿Cómo te sientes con tu sonrisa? _____

Autorizar para Liberar:

Certifico que he leído y entiendo lo anterior y que la información proporcionada en este formulario es precisa. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud y que es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en mi estado médico. Autorizo al dentista a divulgar cualquier información, incluidos el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen realizado a mí o a mi hijo durante el período de dicha atención dental a terceros pagadores y/o proveedores de atención médica. Reconozco que mis preguntas, si las hubiere, sobre las consultas establecidas anteriormente han sido respondidas a mi entera satisfacción. No responsabilizaré a mi dentista ni a ningún otro miembro de su personal por las acciones que tome o no tome debido a errores u omisiones que pueda haber cometido al completar este formulario.

Firma del paciente / padre / tutor legal

Fecha

Historial inicial revisado

Firma del médico

Fecha

Actualización Anual	Cambios	Inicial del paciente	Firma del proveedor