

Nombre _____

Fecha de Hoy _____

Las siguientes preguntas medicas y dentales las hacemos para que tenga un tratamiento seguro. Por favor conteste cada pregunta. Si no esta seguro de la respuesta, deje en blanco y hable con su Doctor Medico. Dejenos saber cualquier cambio en su salud. Marque con (X) SI o NO



HA TENIDO O TIENE LO SIGUIENTE?

SI	NO	
		1 Esta en buena salud?
		2 Esta tomando algun Medicina, Pildoras, Nombre:
		3 Esta bajo tratamiento por su medico? Explique
		4 Tiene o ha tenido ALERGIA o alguna reaccion a alguna medicina (penicilina, codeina, sulfa, aspirina)?
		5 Alguna operacion o enfermedad grave?
		6 Problemas al caminar, sentarse o al hacer algun movimiento.
		7 Alta o Baja presion de la sangre?
		8 Algun desorden en la sangre o problema de sangrado?
		9 FIEBRE REUMATICA?
		10 SOPLO AL CORAZON O TAQUICARDIA?
		11 ENFERMEDAD DEL CORAZON
		12 Anemia?
		13 Frecuentes dolores de cabeza?
		14 Epilepcia?
		15 Problemas circulatorios?
		16 Hepatitis, ictericio o enfermedad del higado?
		17 Tuberculosis, enfermedad de los pulmones?
		18 Asma, sinocitis, o fiebre del heno?
		19 Problemas estomacales, ulcera?

SI	NO	
		20 Enfermedad o problemas de los riñones?
		21 Diabetis?
		22 Artritis?
		23 Enfermedad de la tiroides?
		24 Cancer?
		25 Algun Tumor?
		26 Tratamiento de Rayos-X
		27 Glaucoma o Problemas con la vista
		28 Usa lentes de contacto?
		29 Problemas de oido?
		30 Problemas nerviosos?
		31 Problemas mentales?
		32 Fuma?
		33 Enfermedad venerea, sifilis, gonorrea, otra
		34 Mujer: Esta embarazada?
		35 Tiene sensibilidad en sus encias o muelas?
		36 Problemas al comer, Tascar o Tragar?
		37 Sangran sus encias?
		38 Ha sufrido algun accidente en su cara o mandibula?
		39 Usted apreta o rechina los Dientes
		40 Sus mandibulas se ha salido de posicion?
		41 Tiene alguna herida o llaga en La boca?
		42 Esta satisfecho con su sonrisa?
		43 Necesita instrucciones como cepillarse los dientes y usar el hilo dental?

HA TENIDO ALGUNA VEZ LO SIGUIENTE?

		44 Ortodoncia o frenillos?
		45 Endodoncia (matar el nervio)?
		46 Tratamiento de las encias?
		47 Ajustes/arreglo de su mordida?
		48 Le han puesto gas oxigeno para su tratamiento dental?
		49 Alguna experiencia dental mala?
		50 Sida? o Aids(HIV)positivo?

Por favor escriba aqui cualquier informacion adicional acerca de su salud dental o medica, del pasado, presente que no se encuentre citada anteriormente o que pueda ayudar con su tratamiento.

Firma del paciente o representante/nombre _____
 Firma del Doctor _____

Fecha _____
Fecha _____