

## Antecedentes Médicos del Paciente

Médico \_\_\_\_\_ No. de teléfono de la consulta \_\_\_\_\_

- |  |                          |                          |   |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
|  | Sí                       | No                       |   | Sí                       | No                       |
| 1. ¿Se encuentra ahora bajo tratamiento? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. ¿Es alérgico o ha sufrido alguna reacción alérgica a los siguientes elementos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha estado alguna vez hospitalizada por alguna intervención quirúrgica o enfermedad grave durante los últimos 5 años? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anestesia Local (por ejemplo, Novocaina) .....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si la respuesta es sí, explique _____  |                          |                          | Penicilina o cualquier otro antibiótico .....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |                          |                          | Medicamentos con Sulfa .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Toma algún medicamento(s) incluidos los medicamentos sin receta médica? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Barbitúricos .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si la respuesta es sí, ¿qué medicamento(s) está tomando? _____   |                          |                          | Sedantes .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |                          |                          | Yodo .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha tomado alguna vez Fen-Phen/Redux? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aspirina .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Consumo tabaco? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algún Metal (por ejemplo, níquel, mercurio, etc.) .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Usa sustancias controladas? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Látex/Goma .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Está usando lentes de contacto? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro (pro favor enumere) _____  |                          |                          |

8. ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?
10. ¿Tiene tos o aclaración de la garganta persistente no asociada con una enfermedad conocida (que haya durado más de 3 semanas)? .....
11. Sólo Mujeres:
- a.) ¿Está actualmente embarazada o cree que pueda estarlo? .....
- b.) ¿Está amamantando? .....
- c.) ¿Está tomando anticonceptivos orales? .....

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Hipertensión Arterial .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiopatía .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque Cardíaco .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos Cardíaco .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quedar Fácilmente sin Aliento .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre Reumática .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo Cardíaco .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame Cerebral .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinchazón de Tobillos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibre del Heno/Algerias .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayo/Ataques .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cansancio Frecuente .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radioterapia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Arterial Baja .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia/Convulsiones .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de Peso Reciente .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leucemia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Hepática .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implante o Reemplazo de Articulaciones .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Promblemas al Corazón .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Renal .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis/Ictericia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Respiratorios .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIDA o Infección de VIH .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de transmisión sexual .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapse de la Válvula Mitral .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema de Tiroides .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Estomacales/Úlceras .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros _____		

## Antecedentes Dentales del Paciente

Nombre y Ubicación del Dentista Anterior \_\_\_\_\_

- |   |                          |                          |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
|   | Sí                       | No                       |   | Sí                       | No                       |
| 1. ¿Sangran sus encías mientras se cepilla o usa la seda dental? .....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Sus dientes son sensibles a los alimentos o líquidos calientes o fríos? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. ¿Aprieta o rechina los dientes? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Sus dientes son sensibles a los alimentos o líquidos dulces o amargos? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. ¿Se muerde los labios o mejilla con frecuencia? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Siente dolor en alguno de sus dientes? .....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. ¿Ha tenido extracciones difíciles en el pasado? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Tiene alguna llaga o bulto en la boca o alrededor de ella? .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. ¿Ha tenido alguna vez alguna hemorragia prolongada después de una extracción? .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha tenido lesiones en la cabeza, cuello o mandíbulas? .....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. ¿Ha tenido algún tratamiento de ortodoncia? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes problemas en su mandíbula?          |                          |                          | 14. ¿Usa prótesis totales o parciales? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chasquido .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si la respuesta es sí, fecha de postura _____   |                          |                          |
| Dolor (articulación, oído, costado de la cara) .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. ¿Ha recibido alguna vez instrucciones de higiene bucal concerniente al cuidado de sus dientes y encías? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dificultad para abrirla o cerrarla .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. ¿Le gusta su sonrisa? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dificultad para mascar .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |

## Autorización y Entrega de Información

Certifico que he leído y que comprendo la información anterior, a mi entender. Las preguntas anteriores se han contestado en forma precisa. Comprendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. También autorizo al dentista a entregar cualquier información incluido el diagnóstico y registros de cualquier tratamiento o exámenes prestados a mi o a mi hijo durante el periodo de dicha atención dental a terceros pagadores y/o a otros profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista o al grupo de dentistas los beneficios del seguro o de lo contrario pagaderos a mi persona. Comprendo que mi compañía de seguros dental puede pagar menos que la boleta real por los servicios. Acepto hacerme responsable de los pagos de todos los servicios prestados en mi nombre o mis cargas.

X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o padre/tutor si es menor de edad)

Comentarios del médico

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_