



**Historia Medico**

Tiene usted un medico personal? Si  No

Nombre del Medico \_\_\_\_\_

Tel ( ) \_\_\_\_\_

Fecha de su ultima visita \_\_\_\_\_

Su estado de salud es. Buena  Regular  Pobre

Esta tomando alguna medicina? Si  No

\_\_\_\_\_

Esta tomando pastillas anticonceptivas? \_\_\_\_\_

Esta Embarazada? \_\_\_\_\_

Cuantas semanas? \_\_\_\_\_

Esta Lactando? \_\_\_\_\_

**Ha tenido algunas de las siguientes enfermedades**

- SI NO Sangrado anormal/Hemofilia.
- SI NO Sida
- SI NO Alcohol/abuso de drogas
- SI NO Anemia
- SI NO Artritis
- SI NO TIENE QUE SER PREMEDICADO
- SI NO Asthma
- SI NO Transfusiones de sangre
- SI NO Cancer/Quimioterapia
- SI NO ALGUN METAL EN SU CUERPO
- SI NO Diabetes
- SI NO Enfisema
- SI NO Epilepsia
- SI NO Desmayos
- SI NO Dolores de cabeza frecuentes
- SI NO Glaucoma
- SI NO Fiebre de Heno
- SI NO Ataque Cardiaco/Cirugia
- SI NO Soplo del Corazon
- SI NO Hepatitis
- SI NO Herpes
- SI NO Alta Presion
- SI NO VIH
- SI NO Hospitalizacion
- SI NO Problemas de los rinones
- SI NO Enfermedad del higado
- SI NO Baja Presion
- SI NO Lupus
- SI NO Marca pasos
- SI NO Problemas psiquiatricos
- SI NO Derrame Cerebral
- SI NO Problemas de Tiroide
- SI NO Tuberculosis
- SI NO Ulceras

**Historia Dental**

Por que vino al dentista hoy? \_\_\_\_\_

Tiene dolor en este momento? \_\_\_\_\_

Requiere Ud de antibioticos antes del tratamiento dental? SI NO

Utiliza Hilo Dental a diario? \_\_\_\_\_

Se cepilla los dientes diario? \_\_\_\_\_

Que tipo de cerdas utiliza Duras \_\_\_ Medianas \_\_\_ Suaves \_\_\_

Sangran sus encias? \_\_\_\_\_ Le pican? \_\_\_\_\_

Ha sufrido alguna vez de enfermedad Periodonticas? \_\_\_\_\_

Son Sus dientes sencibles al calor, frio, u otra cosa? \_\_\_\_\_

Se mueven sus dientes? \_\_\_\_\_

Tiene Ud todavia sus muelas de juicio? \_\_\_\_\_

Le gustaria tener un aliento mas fresco? \_\_\_\_\_

Le gustaria tener sus dientes mas blanco? \_\_\_\_\_

**Es ud alergico a cualquiera de las siguientes cosas?**

- |                     |                            |
|---------------------|----------------------------|
| SI NO Aspirina      | SI NO Anestésicos dentales |
| SI NO Codeina       | SI NO Eritromicina         |
| SI NO Joyas/metales | SI NO Penicilina           |
| SI NO Latex         | SI NO Tetraciclina         |
| Otro _____          |                            |

*Entiendo que esta informacion se mantendra en la mas estricta confidencialidad y que es mi responsabilidad informarle a esta oficina de cualquier cambio en mi estado medico. Autorizo, a llevar a cabo cualquier servicio dental que sea necesario durante el diagnostico y tratamiento, con mi consentimiento.*

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha