

Name: _____ **DOB:** _____

1.	Si	No	¿Su salud en general es buena?
2.	Si	No	¿Ha habido un cambio en su estado de salud en el último año?
3.	Si	No	¿Ha sido hospitalizado o ha tenido una enfermedad grave en los últimos tres años?
			¿Si, es así por qué?
4.	Si	No	¿Está siendo tratado por un médico ahora? ¿Para qué?
			Nombre del médico: _____ Número de teléfono: _____
5.			¿Fecha del último examen médico? _____ ¿Fecha del último examen médico? _____

¿HA EXPERIMENTADO?:

6.	Si	No	¿Dolor en el pecho (La angina es un dolor o presión en el pecho cuando hace algún esfuerzo)	17.	Si	No	¿Mareos?
7.	Si	No	¿Tobillos hinchados?	18.	Si	No	¿Zumbido en el oído?
8.	Si	No	¿Falta de aire	19.	Si	No	¿Dolores de cabeza?
9.	Si	No	¿Pérdida reciente de peso, fiebre, sudores nocturnos?	20.	Si	No	¿Desmayos?
10.	Si	No	¿Tos persistente, tos con sangre?	21.	Si	No	¿Visión borrosa?
11.	Si	No	¿Problemas de sangrado, moretones con facilidad?	22.	Si	No	¿Trastornos del sistema nervioso?
12.	Si	No	¿Problemas de sinusitis?	23.	Si	No	¿Sed excesiva?
13.	Si	No	¿Dificultad para orinar, sangre en la orina?	24.	Si	No	¿Orinar con frecuencia?
14.	Si	No	¿Dificultad para tragar?	25.	Si	No	¿La boca seca?
15.	Si	No	¿Diarrea, estreñimiento, sangre en las heces?	26.	Si	No	¿La ictericia? (Jaundice)
16.	Si	No	¿Vómitos frecuentes, náuseas?	27.	Si	No	¿Dolor en las articulaciones, rigidez?

¿TIENE O HA TENIDO?

28.	Si	No	¿Cardiopatía congénita?	40.	Si	No	¿Enfermedades de los ojos?
29.	Si	No	¿Ataque al corazón, defectos del corazón?	41.	Si	No	¿SIDA / VIH?
30.	Si	No	¿Soplos del corazón?	42.	Si	No	¿Terapia de esteroides?
31.	Si	No	¿Fiebre reumática?	43.	Si	No	¿Tumores, cáncer?
32.	Si	No	¿Derrame cerebral, endurecimiento de las arterias?	44.	Si	No	¿Artritis, reumatismo?
33.	Si	No	Antecedentes de la necesidad de un antibiótico premedicación	45.	Si	No	¿LES (Lupus)?
34.	Si	No	¿Asma, tuberculosis, enfisema, enfermedades pulmonares?	46.	Si	No	¿Enfermedades de la piel?
35.	Si	No	¿Hepatitis A, B, C o D, otras enfermedades del hígado?	47.	Si	No	¿Anemia o desorden sanguíneo?
36.	Si	No	¿Problemas estomacales, úlceras?	48.	Si	No	¿VD (sífilis o gonorrea)
37.	Si	No	¿Alta presión sanguínea?	49.	Si	No	¿Herpes?
38.	Si	No	¿Diabetes?	50.	Si	No	¿Tiroides, enfermedad suprarrenal?
39.	Si	No	¿Alergias a: alimentos, medicamentos, látex?	51.	Si	No	¿Convulsiones?

Todos los Pacientes: Por favor anote cualquier alergia, enfermedades o problemas médicos no enumerados en este formulario?

Por favor anote:

Name: _____ **DOB:** _____

¿USTED TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ?:

52.	Si	No	¿Atención psiquiátrica?	57.	Si	No	¿Hospitalización?
53.	Si	No	¿Tratamientos de radiación?	58.	Si	No	¿Transfusiones de sangre?
54.	Si	No	¿Quimioterapia?	59.	Si	No	¿Cirugías?
55.	Si	No	¿Válvula cardíaca protésica?	60.	Si	No	¿Marcapasos?
56.	Si	No	¿Articulación artificial?	61.	Si	No	¿Adicción?

¿ESTA TOMANDO?:

62.	Si	No	¿Drogas recreativas?	64.	Si	No	¿Tabaco en cualquier forma?
63.	Si	No	¿Drogas, medicamentos, medicamentos sin receta incluyendo aspirina, remedios naturales?	65.	Si	No	¿Alcohol?
				66.	Si	No	¿Los bisfosfonatos?

ANOTE LOS MEDICAMENTOS:

--	--

Solo mujeres:

69.	Si	No	¿Está o podría estar embarazada o amamantando?	70.	Si	No	¿Esta tomando pastillas anticonceptivas?
-----	----	----	--	-----	----	----	--

¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? _____ ¿Con qué frecuencia se cepilla? _____

Las razones de la visita de hoy: _____

Dentista Anterior: _____ Ciudad/Estado: _____

Por favor, Circulo Si o No a todo lo que corresponda:

Si	No	Morder la mejia o labio	Si	No	Sensación de ardor en la lengua
Si	No	Mal aliento	Si	No	Mastica en un lado de la boca
Si	No	Sangrado de las encías	Si	No	Mastique o fumas
Si	No	Ampollas en los labios o las encías	Si	No	Boca seca
Si	No	Encías inflamadas	Si	No	morder las uñas
Si	No	Dolor en la mandíbula	Si	No	comida entre los dientes
Si	No	Rechinar los dientes	Si	No	objetos extraños
Si	No	Ansiedad dental	Si	No	Dientes flojos o relleno quebrado?
Si	No	Respiracion por la boca	Si	No	Dolor en la boca, cepillado?
Si	No	Chasquidos, estallida mandibula	Si	No	Tratamiento de ortodoncia
Si	No	Dolor en oido	Si	No	Tratamiento de periodontal
Si	No	Sensibilidad al frio	Si	No	Sensibilidad al calor
Si	No	Sensibilidad a los dulces	Si	No	Sensibilidad al morder
Si	No	Dolor o crecimiento en la boca	Si	No	Estad usted en el dolor ahora?
Si	No	¿Ha tenido problemas con el tratamiento dental anterior?			

Firma:

Fecha: