

## Historial odontológico

Motivo de la consulta de hoy \_\_\_\_\_ Fecha de la última consulta odontológica \_\_\_\_\_

Dentista anterior \_\_\_\_\_ Fecha de la última radiografía odontológica \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Marcar (✓) si ha tenido alguno de los siguientes problemas:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mal aliento                             | <input type="checkbox"/> Rechinar de dientes             | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al calor              |
| <input type="checkbox"/> Sangrado de encías                      | <input type="checkbox"/> Dientes flojos o empastes rotos | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a lo dulce            |
| <input type="checkbox"/> Chasquido o crujido mandibular          | <input type="checkbox"/> Tratamiento periodontológico    | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al morder             |
| <input type="checkbox"/> Acumulación de comida entre los dientes | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al frío            | <input type="checkbox"/> Llagas o protuberancias en la boca |

¿Con qué frecuencia utiliza hilo dental? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? \_\_\_\_\_

## Historial médico

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Fecha de la última consulta \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tomado alguno de los fármacos del grupo denominado en inglés "fen-phen"? Esto incluye combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres comerciales de la fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina).  Sí  No

¿Ha tenido alguna enfermedad grave u operación?  Sí  No Si respondió sí, describa \_\_\_\_\_

¿Alguna vez se le ha efectuado una transfusión de sangre?  Sí  No Si respondió sí, indique fechas aproximadas \_\_\_\_\_

(Mujeres) ¿Está usted embarazada?  Sí  No ¿Amamantando?  Sí  No ¿Tomando píldoras anticonceptivas?  Sí  No

Marcar (✓) si ha tenido alguno de los siguientes problemas:

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia                          | <input type="checkbox"/> Tratamientos con cortisona | <input type="checkbox"/> Hepatitis                  | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlata            |
| <input type="checkbox"/> Artritis, reumatismo            | <input type="checkbox"/> Tos persistente            | <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta     | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar    |
| <input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas artificiales | <input type="checkbox"/> Tos con sangre             | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                   | <input type="checkbox"/> Erupción cutánea            |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales     | <input type="checkbox"/> Diabetes                   | <input type="checkbox"/> Dolor mandibular           | <input type="checkbox"/> Apoplejía                   |
| <input type="checkbox"/> Asma                            | <input type="checkbox"/> Epilepsia                  | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal           | <input type="checkbox"/> Hinchazón de pies o talones |
| <input type="checkbox"/> Problemas lumbares              | <input type="checkbox"/> Desmayos                   | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática        | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides       |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad sanguínea            | <input type="checkbox"/> Glaucoma                   | <input type="checkbox"/> Prolapso de válvula mitral | <input type="checkbox"/> Tabaquismo                  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                          | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza          | <input type="checkbox"/> Marcapasos                 | <input type="checkbox"/> Amigdalitis                 |
| <input type="checkbox"/> Dependencia de fármacos         | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco             | <input type="checkbox"/> Radioterapia               | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia                   | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos        | <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria    | <input type="checkbox"/> Úlcera                      |
| <input type="checkbox"/> Circulatory Problems            | <input type="checkbox"/> Hemofilia                  | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática           | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea          |

### MEDICAMENTOS

Enumere los medicamentos que está tomando actualmente:

### ALERGIAS

## Autorización

Certifico que yo y/o mi(s) persona(s) a cargo tenemos cobertura de seguro con \_\_\_\_\_ y cedemos directamente al  
Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros

Dr. \_\_\_\_\_ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, de otro modo pagaderos a mí por servicios prestados. Comprendo que soy responsable desde el punto de vista financiero por todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los documentos del seguro.

El dentista arriba mencionado puede utilizar mi información sobre atención de salud y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguros arriba mencionadas y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un año después de la fecha de suscripción a continuación.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

**El pago debe efectuarse en su totalidad en el momento del tratamiento, a menos que se hayan aprobado otros arreglos al respecto.**

