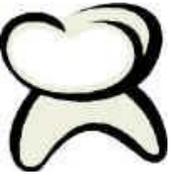


# Bienvenido!



Gracias por seleccionar nuestro equipo de atención dental! Nos esforzaremos por prestarle la mejor atención dental posible. Para ayudarnos a satisfacer todas sus necesidades de atención dental, llene completamente este formulario con una pluma. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, consultenos, con gusto le ayudaremos!

## Información del Paciente (CONFIDENCIAL)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Medico \_\_\_\_\_ Fecha de última examen \_\_\_\_\_  
 Persona de contacto en caso de urgencia \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

## Antecedentes Medicos del Paciente

- |                                                                                     |                                                   |                                                                                   |                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 1.) Se encuentra ahora bajo tratamiento medico?                                     | S/N                                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                 |                                                   |
| 2.) Ha estado hospitalizada durante los últimos 5 años?                             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                                                                                   |                                                   |
| 3.) Consume tabaco?                                                                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                                                                                   |                                                   |
| 4.) Toma pastillas para adelgazar la sangre o Aspirina?                             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                                                                                   |                                                   |
| 5.) Ha tenido tos que ha durado mas de 3 semanas?                                   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                                                                                   |                                                   |
| 6.) Solo Mujeres:                                                                   |                                                   |                                                                                   |                                                   |
| a. Esta embarazada o cree que pueda estarlo?                                        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                                                                                   |                                                   |
| b. Esta amamantando?                                                                | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                                                                                   |                                                   |
| c. Esta tomando anticonceptivos orales?                                             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                                                                                   |                                                   |
| 7.) Esta tomando medicamento con Bisphosphonates (i.e Zometa, Fosamax, Boniva)      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                                                                                   |                                                   |
| 9.) Tiene o ha tenido alguno de los siguientes? (Por favor marque todos que aplica) |                                                   |                                                                                   |                                                   |
| SIDA o Infeccion de VIH                                                             | <input type="checkbox"/>                          | Desmayo/ Ataques                                                                  | <input type="checkbox"/>                          |
| Anemia                                                                              | <input type="checkbox"/>                          | Glaucoma                                                                          | <input type="checkbox"/>                          |
| Angina                                                                              | <input type="checkbox"/>                          | Fiebre del Heno/ Alergias                                                         | <input type="checkbox"/>                          |
| Artritis                                                                            | <input type="checkbox"/>                          | Ataque Cardíaco                                                                   | <input type="checkbox"/>                          |
| Asma                                                                                | <input type="checkbox"/>                          | Cardiopatía                                                                       | <input type="checkbox"/>                          |
| Cancer                                                                              | <input type="checkbox"/>                          | Soplo Cardíaco                                                                    | <input type="checkbox"/>                          |
| Marcapasos Cardíaco                                                                 | <input type="checkbox"/>                          | Hepatitis                                                                         | <input type="checkbox"/>                          |
| Dolor en el Pecho                                                                   | <input type="checkbox"/>                          | Hipertension Arterial                                                             | <input type="checkbox"/>                          |
| Diabetes                                                                            | <input type="checkbox"/>                          | Jaundice                                                                          | <input type="checkbox"/>                          |
| Enfisema                                                                            | <input type="checkbox"/>                          | Reemplazo de Articulacion                                                         | <input type="checkbox"/>                          |
| Epilepsia/Convulsiones                                                              | <input type="checkbox"/>                          | Enfermedad Renal                                                                  | <input type="checkbox"/>                          |
|                                                                                     |                                                   | Enfermedad Hepática                                                               | <input type="checkbox"/>                          |
|                                                                                     |                                                   | Prolapso de Valvula Mitral                                                        | <input type="checkbox"/>                          |
|                                                                                     |                                                   | Radioterapia                                                                      | <input type="checkbox"/>                          |
|                                                                                     |                                                   | Problemas Respiratorios                                                           | <input type="checkbox"/>                          |
|                                                                                     |                                                   | Fiebre Reumática                                                                  | <input type="checkbox"/>                          |
|                                                                                     |                                                   | Enfermedades Sexuales                                                             | <input type="checkbox"/>                          |
|                                                                                     |                                                   | Problemas Estomacales                                                             | <input type="checkbox"/>                          |
|                                                                                     |                                                   | Derrame Cerebral                                                                  | <input type="checkbox"/>                          |
|                                                                                     |                                                   | Problema de Tiroides                                                              | <input type="checkbox"/>                          |
|                                                                                     |                                                   | Tuberculosis                                                                      | <input type="checkbox"/>                          |
|                                                                                     |                                                   | Otros _____                                                                       | <input type="checkbox"/>                          |
|                                                                                     |                                                   | 8.) Es alergico o ha sufrido alguna reaccion alergica a los siguientes elementos? | S/N                                               |
|                                                                                     |                                                   | a. Anestesia Local (Novocaina)                                                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|                                                                                     |                                                   | b. Penicilina                                                                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|                                                                                     |                                                   | c. Latex./ Goma                                                                   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|                                                                                     |                                                   | d. Codeine                                                                        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|                                                                                     |                                                   | e. Algun Metal (Mercurio)                                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|                                                                                     |                                                   | f. Medicamentos con Sulfa                                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|                                                                                     |                                                   | g. Otro _____                                                                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

## Antecedentes Dentales del Paciente

- |                                                           |                                                   |                                                                                   |                                                   |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 1.) Sangran sus encias mientras se cepilla/usa?           | S/N                                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                 |                                                   |
| 2.) Sus dientes son sensibles a caliente/fríos?           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                                                                                   |                                                   |
| 3.) Sus dientes son sensibles a dulces/amargos?           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                                                                                   |                                                   |
| 4.) Siente dolor en alguno de sus dientes?                | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                                                                                   |                                                   |
| 5.) Usa protesis totales o parciales?                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                                                                                   |                                                   |
| 6.) Ha tenido lesiones en la cabeza, cuello, o mandibula? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                                                                                   |                                                   |
| 7.) Tiene dolores de cabeza frecuentes?                   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                                                                                   |                                                   |
| 8.) Aprieta o rechina los dientes?                        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                                                                                   |                                                   |
| 9.) Se muerde los labios/mejilla con frecuencia?          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                                                                                   |                                                   |
|                                                           |                                                   | 10.) Ha tenido frenos?                                                            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|                                                           |                                                   | 11.) Ha recibido alguna vez instruccion de higiene bucal?                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|                                                           |                                                   | 12.) Ha tenido una limpieza en el ultimo ano?                                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|                                                           |                                                   | 13.) Ha tenido extracciones dificiles en el pasado?                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|                                                           |                                                   | 14.) Ha tenido alguna vez alguna hemorragia prolongada despues de una extraccion? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|                                                           |                                                   | 15.) Le gusta su sonrisa?                                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

## Autorización

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.

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

### Notas del doctor

usa de oficina solamente