

Nombre:

Apellido:

Fecha:

Número de gráfico:

¿Necesita ayuda para completar este formulario? ☐ SÍ ☐ NO

¡Nos gustaría conocerte mejor!

Última visita al dentista: _____

Queremos atender tus necesidades...

(POR FAVOR, RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS)

Problemas dentales actuales: ☐ SÍ ☐ NO Nerviosismo por el tratamiento dental: ☐ SÍ ☐ NO Salud dental: ☐ Bueno ☐ Malo

Chips de reparación en dientes: ☐ SÍ ☐ NO Soluciones más duraderas: ☐ SÍ ☐ NO Dientes más rectos: ☐ SÍ ☐ NO

Espacios cerrados en los dientes: ☐ SÍ ☐ NO Roncar o tener apnea del sueño: ☐ SÍ ☐ NO Dientes más blancos: ☐ SÍ ☐ NO

Evite cepillarse parte de la boca: ☐ SÍ ☐ NO Di satisfecho con los dientes/apariencia: ☐ SÍ ☐ NO

Interesado en reemplazar los empastes de mercurio/amalgama/plata ☐ YES ☐ NO

Sensible a los dulces, caliente/frío o mordaz: ☐ SÍ ☐ NO

Otras inquietudes/necesidades: _____

Historial médico:

(POR FAVOR RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS)

Buena Salud: ☐ SÍ ☐ NO Cambio en la salud general: ☐ SÍ ☐ NO Último Examen Físico: _____

Enfermedad u operación grave: ☐ SÍ ☐ NO Qué fue la enfermedad o operación: _____

Atención de un médico: ☐ SÍ ☐ NO Condición que se está tratando: _____

Transfusión de sangre: ☐ SÍ ☐ NO Circunferencias: _____

Problemas graves con trabajos dentales previos: ☐ SÍ ☐ NO Por favor describa el problema: _____

¿Fumas o nosotros productos de Tabaco: ☐ SÍ ☐ NO Cuánto fumas? _____

Tumor, crecimiento/otro de la boca o labios: ☐ SÍ ☐ NO Sediento la mayor parte del tiempo: ☐ SÍ ☐ NO

¿Alguna vez nuestra mandíbula se ha quedado abierta o cerrada: ☐ SÍ ☐ NO Encías sangran cuando se cepillan? ☐ SÍ ☐ NO

La boca se seca con frecuencia: ☐ SÍ ☐ NO ¿Su mandíbula se rompe o hace clic al abrir o masticar? ☐ SÍ ☐ NO

Implantes y/o prótesis: ☐ SÍ ☐ NO

Sangrado anormal con extracciones, cirugía o trauma: ☐ SÍ ☐ NO

Nombre y dirección del médico: _____

Enfermedad hospitalaria/grave de los últimos cinco años: _____

Preguntas específicas de género:

☐ Hembra ☐ Masculino

Embarazada o podría ser: ☐ SÍ ☐ NO Sí sí, cuándo nace él bebe: _____

¿Estás amamantando? ☐ SÍ ☐ NO

¿Está tomando anticonceptivos orales? ☐ SÍ ☐ NO

Preguntas específicas del especialista:

¿Tiene porfiria (trastorno de la sangre)? ☐ SÍ ☐ NO

¿Usted/ alguien más en su familia ha tenido hipertermia maligna / otras complicaciones mientras estaban bajo anestesia general? ☐ SÍ ☐ NO

¿Tienes hábitos como morderte las uñas, morderte el lápiz o morderte los labios? ☐ SÍ ☐ NO

¿Tienes hábitos como chuparse el dedo o respirar por la boca? ☐ SÍ ☐ NO

¿Aprietas o rechinas los dientes? ☐ SÍ ☐ NO

¿Te han extraído las muelas del juicio? ☐SÍ ☐NO

¿Cuándo se extrajeron? _____

Drogas o Medicamentos:

¿Está tomando actualmente o alguna vez ha tomado alguno de los siguientes medicamentos/ drogas? ☐SÍ ☐NO

☐Antibióticos o sulfamidas ☐Aspirina ☐Tranquilizantes ☐Anticoagulante (anticoagulantes)

☐Medicación para la presión arterial alta ☐Digitales o medicamentos para problema cardíacos ☐Nitroglicerina

☐Insulina, tolbutamida (Orinasal) o medicamentos similares ☐Cortisona (esteroides) ☐Terapia/reemplazo hormonal

☐Medios recreativos o no prescritos

☐Osteoporosis, quimioterapia o medicamentos para el mieloma múltiple (bifosfonatos) como Actonel, Boniva, Fosamax, Skidlid y Bonafos

☐Fen-Phen (ahora o en el pasado o cualquier medicamento relacionado como Ionimin, Adipex, Phentermine, Fastin, Pondimin (Fenfluramine) y Redux (Dexfenfluramine)

☐Otro: _____

Condiciones médicas existentes del corazón: ☐SÍ ☐NO (Si es así, seleccione todas las que correspondan)

☐Trasplante cardíaco ☐Fiebre reumática o enfermedad cardíaca reumática ☐Solumin cardíaco/MVP (prolapso de la válvula mitral)

☐Infarto de miocardio ☐Presión arterial baja ☐Cirugía cardíaca, bypass, stents ☐Presión arterial alta

☐Válvulas cardíacas artificiales ☐Marcapasos ☐Insuficiencia cardíaca congestiva ☐Accidente cerebrovascular

☐Enfermedad cardiovascular (problemas cardíacos, ataque cardíaco, oclusión coronaria, arteriosclerosis)

☐Otro: _____

Pulmones: ☐SÍ ☐NO (Si es así, seleccione todos los que correspondan)

☐Emfisema ☐Fibrosis de Hay ☐Tuberculosis ☐Trasuración difícil

☐Bronquitis ☐Tos crónica ☐Asthma ☐Otro: _____

Riñón: ☐SÍ ☐NO (Si es así, seleccione todos los que correspondan)

☐Tratamiento de diálisis ☐Trasplante renal ☐Micción frecuente ☐Otro: _____

Hígado: ☐SÍ ☐NO (Si es así, seleccione todos los que correspondan)

☐Hepatitis A (infecciosa) ☐Hepatitis B (suero) ☐Jaundicia o enfermedad hepática ☐Hepatitis C

☐Otro: _____

Gastrointestinal: ☐SÍ ☐NO (Si es así, seleccione todos los que correspondan)

☐Diverticulitis ☐Problemas del tazon ☐Reflujo/acidez estomacal GERD ☐Baipás gástrico

☐Trastorno de la alimentación ☐Úlceras ☐Otro: _____

Sangre / Endocrino: ☐SÍ ☐NO (Si es así, seleccione todos los que correspondan)

☐SIDA o VIH ☐Diabetes ☐Enfermedad de células falciformes ☐Hipoglucemia ☐Tiroides

☐Enfermedades de transmisión sexual ☐Anemia ☐Hemofilia ☐Otro: _____

Salud Mental/Trastornos Nerviosos: ☐SÍ ☐NO (Si es así, seleccione todos los que correspondan)

- ☐Ansiedad ☐Bipolar ☐Epilepsia/Convulsiones ☐Problemas de Salud Mental ☐Depresión
- ☐Esquizofrenia ☐trastorno del sueño ☐Fibromialgia ☐Autismo
- ☐ADHD/ADD Déficit de Atención ☐Otro: _____

Otros: ☐SÍ ☐NO

- ☐Terapia de radiación ☐Curación retardada ☐Problemas sinusales ☐Dolor severo / migrañas
- ☐Cáncer ☐Lentes de contacto ☐Quimioterapia ☐Reumatismo inflamatorio (articulaciones dolorosas e hinchadas)
- ☐Otro: _____

Alergias: ☐SÍ ☐NO (Si hay alguna alergia o si reaccionó negativamente a cualquiera de los siguientes, seleccione todos los que correspondan)

- ☐Metal ☐Barbituratos, sedantes o pastillas para dormir ☐Penicilina u otros antibióticos
- ☐Soybean ☐Asthma o fiebre del heno ☐Yodine ☐Anestésico local
- ☐Agujas ☐Codeína u otros narcóticos ☐Asteriasulfa ☐Urticaria o erupción cutánea
- ☐Látex ☐Aspirina ☐Otro: _____

Notas del médico:

Firma del paciente/padre/tutor:

Fecha:

Firma del médico:

Date: