

Razón principal por esta cita dental: Examen Emergencia Consulta

Marque un círculo

¿Tiene usted un problema dental específico? Explique. _____ Sí No
 ¿Consulta usted con el dentista regularmente? ¿Última consulta? _____ Sí No
 ¿Cree usted que tiene caries o enfermedad de encías? _____ Sí No
 ¿Se lava los dientes regularmente y usa hilo dental? Explique. _____ Sí No
 ¿A veces le sangran la encías? Explique. _____ Sí No
 ¿A usted le gusta su sonrisa? ¿Por qué? _____ Sí No
 ¿Se le ator la comida entre los dientes? Dientes sueltos? _____ Sí No
 ¿Quiere usted guardar la dentadura que la queda? _____ Sí No
 ¿A veces le molesta la coyuntura mandibular? Rechina usted los dientes? _____ Sí No
 ¿Siempre han sido positivas sus experiencias en el consultorio del dentista? _____ Sí No
 ¿Fuma o mastica el tabaco? ¿Tiene llagas o tumores en la boca? Explique. _____ Sí No
 Nombre de su dentista anterior. (Opcional) _____
 Fecha de la última radiografía de la boca entera (16 tomas or panorámica). _____

Historia Médica

¿Está Ud. bajo el cuidado de un médico ahora? ¿Por qué? ¿Quién? _____ Tel _____ Sí No
 ¿Alguna vez se ha hospitalizado o ha tenido una operación mayor? Explique. _____ Sí No
 ¿Alguna vez se ha lastimado seriamente el cuello o la cabeza? Explique. _____ Sí No
 ¿Está tomando medicamentos, píldoras o rogas? ¿Cuáles? _____ Sí No
 ¿Está siguiendo una dieta especial? Explique. _____ Sí No
 ¿Tiene alergias a cualquier medicamento o sustancia? Indica abajo. _____ Sí No
 Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metal Hule látex Otro _____
 MUJERES (Favor de indicar): Embarazada/tratando de concebir Lactando Tomando contraceptivos orales.
 Explique _____ Sí No

*Si usted contesta "sí" a cualquiera de las condiciones con estrellita en la lista abajo, favor de llamar antes de su cita ... tal vez se requiere medicamento previo.

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad cardíaca/Cirugía al corazón	Moretones salen con facilidad/	Enfisema	Ictericia amarilla	Llagas en la boca
Susurro de corazón *	Enfermedad sanguínea	Tuberculosis	Problemas con los riñones	Llaga alrededor de la boca
Palpitación irregular	Anemia	Cáncer	Diálisis renal	Herpes
Angina de pecho	Desangramiento excesivo	Radiación (Rayos X)	Enfermedad de los tiroides	Embolia
Ataque cardíaco	Anemia de células falciformes	Quimioterapia	Enfermedad paratiroidea	Convulsiones
Desorden cardíaco congénital	Hemofilia	Enfermedad estomacal	Artritis o gota	Epilepsia
Prolapso válvula mitral *	Leucemia	Úlceras	Reumas	Desmayos o vértigo
Escarlatina	Transfusión de sangre reciente	Reciente pérdida de peso	Dolor coyuntura mandíbula	Glaucoma
Fiebre reumática *	Hinchamiento de extremidades	Diarrea frecuente	Medicamento cortisona	Tumores
Válvula artificial cardíaca *	Enfermedad pulmonar	Diabetes	Coyuntura artificial *	Nerviosidad
Marcapasos cardíaco *	Problemas con respirar	Sed excesiva	Enfermedad venerea	Bajo cuidado de psiquiatra
Derivación de pulmón	Respiración corta	Hipoglicemia	SIDA	Enfermedad Alzheimer
Alta presión sanguínea	Tos frecuente	Enfermedad del hígado	VIH positivo	Alergias a medicamentos
Baja presión sanguínea	Alergia al polen	Hepatitis A (infectuosa)	Herpes genital	Alergias a polen o polvo
Bacteria inflammation de corazón	Sinusitis	Hepatitis B o C	Adicción a una(s) droga(s)	Ronchas de la piel
Fiebre no explicado	Asma	Se suda de nodre	Tattoos/Penetrante de cuerpo	¿Ha tomado ten-phen?

¿Alguna vez ha tenido enfermedad seria no indicada arriba? Explique. _____ Sí No
 ¿Quiere usted una consulta con el dentista en privado? _____ Sí No

Que yo sepa, todas las respuestas precedentes son verdíficas. Si hay cambios en el estado de mi salud, les dejaré saber al dentista y a los dependientes del consultorio.

X _____ Fecha _____

FIRMA DEL PACIENTE (padre o guardián)

Revisado por el Doctor _____ Fecha _____ BP _____

Revisión de la historia y conclusiones: _____

Actualización Médica

Yo he leído mi HISTORIA MÉDICA fechada _____ y confirmo que la misma refleja precisamente mis condiciones anteriores y presentes.

FECHA	EXCEPCIONES	FIRMA DEL PACIENTE	BP	REVISADA POR
_____	_____	Ninguna <input type="checkbox"/>	_____	Dr. _____
_____	_____	Ninguna <input type="checkbox"/>	_____	Dr. _____
_____	_____	Ninguna <input type="checkbox"/>	_____	Dr. _____
_____	_____	Ninguna <input type="checkbox"/>	_____	Dr. _____
_____	_____	Ninguna <input type="checkbox"/>	_____	Dr. _____
_____	_____	Ninguna <input type="checkbox"/>	_____	Dr. _____