

ANTECEDENTES DENTALES DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

Aunque el personal dental trata principalmente el area interna y alrededor de la boca, Ésta es parte del cuerpo en su totalidad. Los problemas de salud que puede tener, o los medicamentos que toma, podrían tener una interrelación importante con el servicio odontológico que recibirá. Gracias por responder las siguientes preguntas:

Razón por su visita? _____

Cuando fue su última visita al dental? _____

Qué le hicieron? _____

Cada cuando visitas al dentista? _____

Nombre de tu ultimo dentista _____

Dirección / Numero de telefono _____

Cuantas veces te cepilla los dientes? _____

Cuantas veces usas el hilo dental? _____

Estas en Buena condicion de salud? _____

Cambios de su salud durante el año pasado? _____

Que dia fue su ultimo examen fisico: _____

Nombre del médico _____

Dirección / Numero de telefono _____

Está bajo el cuidado de un médico? _____

Ha estado hospitalizado por alguna enfermedad o cirugía?
explique. _____

Alguna vez han dicho que necesitan para pre-medicar antes
de que el tratamiento dental? _____

Se le hacen moretes facil? _____

Ha necesitado alguna vez una transfusion de sangre? _____

Usa tabaco? _____

Usa o ha usado sustancias controladas? _____

Alguna vez ha tomado la droga Fen-Phen or Redux _____

Alguna vez ha tomado ninguna droga para prevenir la
osteoporosis, tales como Fosamax, Actamel, o Boniva, _____

Alguna otra enfermedad ó condicion de salud de cual nos
puede decir? _____

Si pudiera cambiar algo de su sonrisa, que sería?

Certifico que he leído y comprendido este cuestionario de salud. Las preguntas han sido contestadas con precisión a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que proveer información incorrecta puede ser peligroso para mi salud.

_____ Fecha _____

Firma del paciente, padre o madre

Dentista comentarios: _____

Firma _____ Fecha _____

Sí/No Cuando se cepilla sangra de sus ansias?

Sí/No Sus dientes son sensible al CALIENTE, FRIO, DULCE, AGRIO ?

Sí/No Le duelen los dientes?

Sí/No Tiene alguna llaga o bulto en la boca o alrededor de ella?

Sí/No Se muerde los cachets o labios seguido?

Sí/No Se le atora comida entre los dientes?

Sí/No Sufre de dolores de cabeza?

Sí/No Aprieta rechina los dientes?

Sí/No Ha tenido lesions en la cabeza, cuello o mandíbula?

Sí/No Ha experimentado cualquiera de los siguientes problemas
en la mandíbula---dolor, chasquidos, dificultad para masticar
o abrirla / cerrarla?

Sí/No Se puede conseguir enfermedad de refiujo sobre una base
regular?

Sí/No Ha recibido alguna vez instrucciones de hygiene bucal
concerniente al cuidado de sus dientes y encías?

Sí/No Ha estado en tratamiento periodontal (encías)?

Sí/No Ha notado algún diente suelto?

Sí/No Ha tenido alguna hemorragia anormal?

Sí/No Ha tenido extracciones difíciles en el pasado?

Sí/No Ha tenido alguna vez una hemorragia prolongada después
de una extracción?

Sí/No Te difíciles de anestesiar (entumecido)?

Sí/No Alguna vez usó una placa de mordida u otro aparato?

Sí/No Usa prótesis totals o parciales?

Si la respuesta es sí, Fecha de postura _____

Sólo mujeres:

Sí/No --- Está tomando píldoras anticonceptivas?

Sí/No --- Está embarazada o cree que pueda estarlo?

If Sí – cuando te alivias _____

Sí/No --- Está amamantando?

Es alérgico o ha tenido reacciones a:**Círculo todas las que correspondan**

Amoxicilina	Demerol	Sensibles a la Epinefrina
Ampicilina	Eritromicina	Los esteroides
Aspirina	Ibuprofeno / Motrin	Sulfamidas
Augmentin	Keflex	Tetraciclina
Benadryl	Látex / De goma	Tylenol
Cefalexina	Lortab	Valium
Cefalosporina	Algún metal (Níquel, Mercurio, etc.)	Vicodin
Cipro	Morfina	Zithromax
Cleocin	Novocaína	Zomax
Clindamicina	Penicilina	Zylocaine
Codeina	Percocet	Otro (indique) _____
		Ninguno

Tiene ó an tenido algunas de las siguientes:**Círculo todas las que correspondan**

Alergias	Enfisema	Prolapso de la válvula mitral
Anemia	Episodios de desmayos o mareos	Mono
Artritis / Reumatismo	Fibromialgia	MS
Articulación artificial o una válvula	Bypass gástrico	Nerviosismo
Asma	Glaucoma	Marcapasos
Autismo	Ataque cardiaco	Cardiopatía reumática o Fiebre reumática
Problemas lumbares	Defecto cardiac o Soplo cardiaco	Fiebre Escarlatina
CAD	Cirugía cardiaca	Enfermedades de transmisión sexual
Cáncer / Leucemia	Hepatitis -- A – B – C	Problemas para respirar
Química o de dependencia alcohólica	Presión arterial alta	Problemas Sinusales
Dolor de pecho / Angina	Sida o infección de vih	Apnea del sueño
Herpes labial / Ampollas por fiebre	Hipoglucemia	Derrame cerebral
Colitis	Problemas al Riñón	Hinchazón de pies, tobillos, manos
COPD	Enfermedad hepática	Problemas a la tiroides
Tratamiento con Cortisona	Presión arterial baja	Transplante de órganos
Diabetes Type I or II	Problemas Pulmonares o Respiratorios	Tuberculosis / Tos persistente
Trastorno de la alimentación	Meningitis	Úlcera estomacal
Epilepsia o Convulsiones	Atención de salud mental	Otro(indique) _____
		Ninguno

Está tomando alguna de las siguientes:**Círculo todas las que correspondan**

Antibiótico	Dilantin	Pradaxa
Los antidepresivos	Flovent	Las drogas psiquiátricas
Aspirina	Fosamax	Prednisona
Actamel	Furosemida	Reclast
Betabloqueante	Hierbas Medicinales	Remicaid
Boniva	Arterial alta medicamentos para la presión	Simvastatin
Carvedilol	Omeprazole	Warfarina
Coumadin	Phena Barbutal	Ninguno
Medicamentos para la diabetes	Plavix	

Lista de otros medicamentos, incluso sin receta, que esté tomando: _____