



Historial Médico para la Clínica Dental

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____ genero: _____

*Si está llenando esta forma para otra persona, como te llamas? _____ Relación? / _____

Queja principal Dental:

Preguntas Medicas	Paciente/ Historial de Familia
-------------------	--------------------------------

		Si	No
Tienes dolor en tus dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, que tan severo 1-10 (10 haciendo lo peor) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			
¿Algún cambio severo en tu salud este año pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, por favor explique: _____			
Dentista anterior _____ Ultima visita dental _____			
Ultimo rayo-x dental _____			
¿Estas actualmente tomando medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, explique _____			
ALERGIAS a comidas/ medicinas/estacionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, por favor anote: _____			
Recibe tratamiento para algún problema de salud?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si asi es, que tipo: _____			
Nombre de Medico actual: _____			
Numero de Medico (____) _____			
¿Estas embarazada?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha que te alivias: _____			
Alguna Operación/enfermedad seria?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si asi es,que tipo _____			

¿Te gustaría mantener tus dientes naturales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No estoy seguro _____			
Alguna válvula, coyuntura, o implante artificial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si asi es, que tipo _____			

	Y	No	Fam
Lesiones Congénitas de corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas cardiacos/ ataque de corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Murmuraciones Cardiacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulceras estomacales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIDA/VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta Presion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transtorno psiquiatrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer o leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uticaria o Sarpullido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de trnsmission sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consume alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es que si, cuantas copas por dia?	1-3 <input type="checkbox"/>	3-5 <input type="checkbox"/>	>5 <input type="checkbox"/>
Fuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paquetes por dia?	<1 <input type="checkbox"/>	2-3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha usado drogas; cocaína/heroina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido problemas con tratamientos dentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Yo certifico que leí y entendí lo expuesto en este cuestionario.
Doy a saber que las preguntas si hay alguna, han sido contestadas a mi satisfacción. No pondré como responsable de errores u omisiones que yo hice al completar este cuestionario a mi dentista o algún miembro del personal.

Firma del paciente

Fecha