

Historial médico

¿Tiene Ud. un médico personal? Sí No

Nombre del médico:

Tel: Fecha de la última visita:

Su estado actual de salud es: Bueno Regular Pobre

Actualmente, ¿está Ud. bajo atención médica? Sí No

Por favor, explique:

¿Fuma Ud. o utiliza alguna forma de tabaco? Sí No

¿Le han puesto varillas de metal, tornillos o implantes? Sí No

¿Está tomando alguna medicina con o sin receta? Sí No

Haga una lista de cada una:

¿Ha tomado alguna vez Phen-Fen? Sí No

También conocida como Redux or Pondimin.

Si la ha tomado, ¿cuándo?

Para mujeres: ¿Toma Ud. pastillas anticonceptivas? Sí No

¿Está Ud. embarazada? Sí No **Semana #**

¿Está lactando? Sí No

¿Ha tenido Ud. algunas de las siguientes enfermedades o problemas médicos?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sopro del corazón |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Alcohol/abuso de drogas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sangrado anormal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Herpes/ampollas de fiebre |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Alta presión |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sangrado anormal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> VIH |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Huesos/coyunturas/
válvulas artificiales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hospitalización |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problemas de los riñones |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Baja presión | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prolapsio de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cáncer/Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Colitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Defecto congénito del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fiebre reumática/escarlata |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Varicelas adultas |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fiebre del heno | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco/cirugía | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Úlceras |
| | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas |

Haga una lista de cualquier condición médica seria que tenga/haya tenido:

¿Es Ud. alérgico a cualquiera de las siguientes cosas?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Aspirina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Eritromicina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Codeína | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Joyas/metales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tetraciclina |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anestésicos dentales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Látex | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otro |

Haga una lista de cualquier otra medicina/material al que sea alérgico:

Historial dental

¿Cuáles son las mayores preocupaciones que Ud. quisiera que su tratamiento de ortodoncia corrigiera?

¿Ha sido evaluado alguna vez para recibir tratamiento de ortodoncia? Sí No

¿Ha tenido Ud. problemas serios/complicaciones asociadas con trabajos dentales previos? Sí No

¿Ha experimentado Ud. alguna vez de dolor/incomodidad en las coyunturas de su mandíbula (TMJ / TMD)? Sí No

Su estado actual de salud es: Bueno Regular Pobre

¿Tiene Ud. todavía las muelas del juicio? Sí No

¿Ha sufrido Ud. en alguna ocasión de lesiones en su:

Boca Dientes Barbilla (por favor, circule la respuesta)

¿Tiene Ud. problemas del habla?

Generalmente, ¿respira Ud. por la boca? Sí No

¿Mientras está despierto? ¿Dormido?

¿Le faltan dientes o tiene dientes permanentes de más? Sí No

¿Está contento con su sonrisa? Sí No

Si respondió que no, ¿qué cambiaría?

Entiendo que la información que he proporcionado hoy es hasta donde yo sé correcta. También entiendo que esta información se mantendrá en la más estricta confidencialidad y que es mi responsabilidad informarle a esta oficina de cualquier cambio en mi estado médico. Autorizo al personal dental a llevar a cabo cualquier servicio dental que sea necesario durante mi diagnóstico y tratamiento, con mi consentimiento. Esta oficina se reserva el derecho de verificar el estado del crédito de sus pacientes potenciales y/o los padres del paciente antes de extenderle crédito por el costo del tratamiento, así como de utilizar, a discreción de la oficina, una o más fuentes de reporte de crédito.

Firma Fecha

PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

He revisado verbalmente la información médica/dental con el paciente aquí nombrado:

Iniciales: Fecha:

Comentarios del doctor:

Actualización del historial médico

¿Ha ocurrido algún cambio en su estado médico desde su última visita Sí No

Si respondió que sí, por favor explique:

¿Ha ocurrido algún cambio en su estado médico desde su última visita Sí No

Si respondió que sí, por favor explique:

Firma Fecha

Firma del dentista Fecha

Firma Fecha

Firma del dentista Fecha