



# Historia de salud

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Cumpleaños: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

## Historia Dental

**Razón de visita / Principal preocupación?** Chequeo \_\_\_\_\_ Limpieza \_\_\_\_\_ Dolor de muela \_\_\_\_\_ Otra razón \_\_\_\_\_

1. ¿Ha recibido tratamiento para las encías (periodontal)? \_\_\_\_\_ 2. ¿Sus encías sangran fácilmente? \_\_\_\_\_

3. ¿Alguna vez ha tenido sangrado prolongado después de una extracción? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, por favor especifique \_\_\_\_\_

4. ¿Aprieta los dientes, aprieta las mandíbulas o tiene síntomas cerca de las orejas, como chasquidos, estallidos, dolor o bloqueo abierto? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, por favor especifique \_\_\_\_\_

5. ¿Sientes que tienes mal aliento? \_\_\_\_\_ 6. ¿Sus dientes son sensibles al frío o al calor? \_\_\_\_\_

7. ¿Quieres tus dientes más blancos? \_\_\_\_\_ 8. ¿Estás contento con tu sonrisa? \_\_\_\_\_ Si no, por favor explique: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MÉDICO

1. ¿Está bajo el cuidado de un médico en este momento? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, por favor especifique \_\_\_\_\_

Nombre del Dr \_\_\_\_\_ Número de Teléfono ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

2. ¿Es alérgico a algún medicamento o medicamento? \_\_\_\_\_

3. Lista de medicamentos actuales \_\_\_\_\_

4. (Mujeres) ¿Estás embarazada ahora? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas semanas? \_\_\_\_\_ ¿Estás amamantando? \_\_\_\_\_

5. ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes (marque "SÍ" o "NO")?

SI/NO

\_\_\_\_\_ Reflujo ácido

\_\_\_\_\_ Válvula cardíaca artificial

\_\_\_\_\_ Artritis

\_\_\_\_\_ Cáncer

\_\_\_\_\_ Diabetes

\_\_\_\_\_ Enfisema

\_\_\_\_\_ Herpes

\_\_\_\_\_ Hepatitis

\_\_\_\_\_ Reemplazo articular

\_\_\_\_\_ Problemas hepáticos

\_\_\_\_\_ Marcapasos

\_\_\_\_\_ Fiebre reumática

\_\_\_\_\_ Accidente cerebrovascular

\_\_\_\_\_ Enfermedad venérea

SI/NO

\_\_\_\_\_ Alcoholismo

\_\_\_\_\_ Asma

\_\_\_\_\_ Problemas de sangrado

\_\_\_\_\_ Adicción a las drogas

\_\_\_\_\_ Hechizos mareados

\_\_\_\_\_ Desmayo

\_\_\_\_\_ Soplo cardíaco / problemas

\_\_\_\_\_ Ictericia

\_\_\_\_\_ Enfermedad pulmonar

\_\_\_\_\_ Problemas sinusales

\_\_\_\_\_ Apnea del sueño

\_\_\_\_\_ Tuberculosis

\_\_\_\_\_ Disfunción temporomandibular

Otras condiciones: \_\_\_\_\_

SI/NO

\_\_\_\_\_ Anemia

\_\_\_\_\_ Angina

\_\_\_\_\_ Terapia con bisfosfonatos

\_\_\_\_\_ Tratamiento para el cáncer

\_\_\_\_\_ Epilepsia

\_\_\_\_\_ Glaucoma

\_\_\_\_\_ Ataque cardíaco / cirugía

\_\_\_\_\_ Hipertensión

\_\_\_\_\_ Enfermedad renal

\_\_\_\_\_ Hipotensión

\_\_\_\_\_ Atención psiquiátrica

\_\_\_\_\_ Tabaco

\_\_\_\_\_ Problemas de tiroides

Hasta donde sé, he respondido todas las preguntas de forma completa y precisa. Informaré a mi dentista (Monfredi Family Dental) sobre cualquier cambio en mi historial médico o de salud. Además certifico que doy mi consentimiento para tomar radiografías y un examen oral.

Firma de la parte responsable o paciente

Fecha