

Seis

HISTORIAL MEDICO *continúa*

Actualmente su salud física es: Buena Regular Pobre

¿Está usted bajo el cuidado de algún médico? Si No

Explique, por favor: _____

¿Usa usted algún medicamento por su cuenta? Si No

Favor de enumerar: _____

Para Mujeres: ¿Toma usted píldoras anti-conceptivas? Si No

¿Está usted embarazada? Si No Num. de Semanas: _____

¿Ha padecido usted de alguna de las siguientes enfermedades o problemas médicos?

- | | |
|---|--|
| Si No Anemia / Tratamiento de Radiación | Si No Cirugía de Corazón / Marcapaso |
| Si No Huesos Artificiales / Coyunturas | Si No Hemofilia / Sangra con facilidad |
| Si No Válvulas Artificiales | Si No Hepatitis |
| Si No Asma / Artritis | Si No Presión Arterial Alta / Baja |
| Si No Transfusión de Sangre | Si No SIDA / "HIV" |
| Si No Cáncer / Quimioterapia | Si No Hospitalizado por alguna razón |
| Si No Defecto Congénito del Corazón | Si No Problemas del Riñón |
| Si No Diabetes / Tuberculosis (TB) | Si No Prolapso: Válvula Mitral |
| Si No Dificultades Respiratorias | Si No Problemas Psiquiátricos |
| Si No Abuso de Drogas / Alcohol | Si No Fiebre Reumática / Fiebre Escarlatina |
| Si No Enfisema / Glaucoma | Si No Dolores de Cabeza Severos / Frecuentes |
| Si No Epilepsia / Convulsiones / Desmayos | Si No Herpes Zoster / Culebrilla |
| Si No Ampollas / Herpes | Si No Sinusitis |
| Si No Ataque del Corazón / Derrame | Si No Ulceras / Colitis |
| Si No Soplo | Si No Enfermedades Venéreas |

Por favor, enumere cualquier otra condición médica seria que haya padecido.

¿Es usted alérgico a alguno de los siguientes medicamentos?

- | | | |
|-------------------------|--------------------|--------------------|
| Si No Anestésico Dental | Si No Eritromicina | Si No Penicilina |
| Si No Aspirina | Si No Latex | Si No Tetraciclina |
| Si No Codeína | Si No Otros | |

Por favor, enumere cualquier otro medicamento al cual sea usted alérgico:

Siete

HISTORIAL DENTAL

Razón por la cual visita al dentista hoy: _____

¿Siente dolor? Si No ¿Ha tenido problemas serios con algún tratamiento dental previo? Si No

¿Ha sentido usted dolor o molestia en la coyuntura temporomandibular (TMJ, TMD)? Si No

Actualmente su salud dental es: Buena Regular Pobre

¿Le gusta su sonrisa? Si No ¿Sangran sus encías? Si No

¿Cuántas veces al día usa el hilo dental? _____

¿Cuántas veces al día se cepilla? _____

¿Tipo de cepillo que usa? Duro Mediano Suave

A mi mejor entender, la información dada hoy es correcta. También entiendo que la misma es confidencial y que es mi responsabilidad notificar a la oficina cambios en mi condición de salud. Autorizo al personal dental a practicar los servicios dentales que sean necesarios para luego de haber sido informado dar mi consentimiento para diagnóstico y tratamiento.

Firma: _____ Fecha: _____

De no haber sido aprobado otro convenio, el total de su cuenta debe ser cubierto al recibir el tratamiento.

Gracias por llenar este cuestionario completamente. El mismo ayudará a servirle efectivamente. Nos complacerá contestar sus preguntas.

Nuestra oficina está comprometida a cumplir o a superar las regulaciones de control de infección según ordenadas por OSHA, CDC y el ADA.

USO OFICIAL USO OFICIAL USO OFICIAL USO OFICIAL USO OFICIAL

Yo he revisado verbalmente la información médica / dental que aparece arriba con el paciente aquí mencionado. Iniciales: _____ Fecha: _____

Comentarios del Dentista: _____

HISTORIAL MEDICO AL DIA

1. Fecha: _____ Comentarios: _____ Firma: _____

2. Fecha: _____ Comentarios: _____ Firma: _____

3. Fecha: _____ Comentarios: _____ Firma: _____