

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Niño(a): _____

Historia Dental

Dentista: _____ Ultima Visita Dental: _____ Teléfono: _____

- | | Si | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Tiene el paciente que tomar medicacion antes de sus visitas dentales?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene el paciente algún problema dental? Explique: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Le ha ocurrido algún accidente a los dientes? Explique: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha tenido alguna experiencia dental negativa? Explique: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha visto siempre un odontologo? Resultado: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha tenido sensibilidad a la temperatura o presión? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha tenido maña del pulgar o de la lengua? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Respiradero de la boca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Son sus quijadas o dientes doloridos por la mañana? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Su quijada truena? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usted experimenta dolores de cabeza de la tension? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Historia Medica

Nombre del Médico: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

- | | Si | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ¿Está el paciente en algun tratamiento médico? ¿Para qué? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Toma alguna medicina? ¿Cual? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Le siempre han hospitalizado? ¿Cuándo? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Motivo: _____ | | |
| ¿Ha sufrido algun trauma en la cabeza? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene alguna alergia?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Penicilina <input type="checkbox"/> Sulfa <input type="checkbox"/> Analgesicos <input type="checkbox"/> Anestesia <input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Otros _____ | | |

* Si el paciente es un menor, estan sus vacunaciones al corriente? Si No No es aplicable

- ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes problemas?
- | | | | | |
|--|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Corazón | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Viruela | <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón de Nacimiento |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Otitis | <input type="checkbox"/> Sarampion | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas de Aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Papera | <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Hígado | <input type="checkbox"/> Problemas relacionados al sida |
| <input type="checkbox"/> Anginas | <input type="checkbox"/> Tumores | <input type="checkbox"/> Piel Amarilla | <input type="checkbox"/> Sordera | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorio |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica | <input type="checkbox"/> Virus HIV | <input type="checkbox"/> Sangrado Constante | <input type="checkbox"/> Problemas de la Sangre |
| <input type="checkbox"/> Soplo del Corazón | <input type="checkbox"/> Problema de los riñones | <input type="checkbox"/> Impedimento de la vision | <input type="checkbox"/> Otros _____ | |

¿Hay alguna otra información médica o dental que debemos saber sobre? (Use el revers de la pagina si necesita) _____