

# Antecedeantes Médicos del Paciente

Patient Name: \_\_\_\_\_

Medico _____		No. de telefono de la consulta _____	
	<b>SI</b> <b>NO</b>		<b>SI</b> <b>NO</b>
1. Se encuentra ahora bajo tratamiento?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Anestesia Local (por ejemplo, Novocaina)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Ha estado alguna vez hospitalizada por alguna intervencion quirurgica o enfermedad grave durante los ultimos 5 anow?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Penicilina o cualquier otro antibiotico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si la resquesta es si, explique?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Medicamentos con Sulfa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Toma algun medicamento(s) Incluidos los medicamentos sin receta medica?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Barbituricos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Ha Tomado alguna vez Fen-Phen/Redux?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sedantes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Consume tabaco?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Yodo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Usa sustancias controladas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Aspirina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Esta usando lentes de contacto?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Algun Metal (por ejemplo, niquel, mercurio, etc)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Late	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Es alergico o ha sufrido alguna reaccion alergica a los siguientes elementos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Otro (pro favor enumere)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Anestesia Local (por ejemplo, Novocaina)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10. Tiene tos o aclaracion de la garganta persistente no asociada con una enfermedad conocida (que haya durado mas de 3 semanas)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Penicilina o cualquier otro antibiotico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	11. Solo Mujeres:	
Medicamentos con Sulfa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a) Esta actualmente embarazada o cree que pueda estarlo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		b) Esta amamantando?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		c) Esta tomando anticonceptivos orales?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>SI</b> <b>NO</b>		<b>SI</b> <b>NO</b>
Hipertension Arterial	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Problema de Tiroides	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ataque Cardiaco	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Marcapasos Cardiaco	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Fiebre Reumatica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Soplo Cardiaco	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hinchazon de Tobillos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Angina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Desmayo/Ataques	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cansancio Frecuente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Presion Arterial Baja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Epilepsia/Convulsiones	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Leucemia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Implante o Reemplazo de Articulaciones	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hepatitis/Ictericia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
SIDA o Infeccion de VIH	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedades de transmision sexual	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Problema de Tiroides	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Problemas Estomacales/Ulceras	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Other (if yes, please describe) _____		Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Quedar Facilmente sin Aliento	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Fiebre del Heno/Alergias	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Radioterapia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Glaucoma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Perdida de Peso Reciente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Enfermedad Hepatica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Problemas al Corazon	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Problemas Respiratorios	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Prolapso de la Valvua Mitral	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Otros	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<b>Antecedentes Dentales del Paciente</b>			<b>SI</b> <b>NO</b>
Antecedentes Dentales del Paciente			
1. Sangran sus encias mientras se cepilla o usa la seda dental?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8. Tiene Dolores de cabeza frecuentes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Sus dientes son sensibles a los alimentos o liquidos calientes o frios	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9. Aprieta o rechina los dientes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Sus dientes son sensibles a los alimentos o liquidos dulces amargos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10. Se muerde los labios o mejilla con frecuencia?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Siente dolor en alguno de sus dientes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	11. Ha tenido extracciones dificiles en el pasado?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Tiene alguna llaga o bulto en la boca o alrededor de ella?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	12. Ha tenido alguna vez alguna hemorragia prolongada despues de una extraccion?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Ha tenido lesions en la cabeza, cuello o mandibula?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	13. Ha tenido algun tratamiento de ortodoncia?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Ha experimentado alguno de los siguientes problemas en su mandibula?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	14. Usa protesis totales o parciales?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Chasquido	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si la respuesta es si, fecha de postura	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dolor (articulacion, oido, costado de la cara)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	15. Ha recibido alguna vez instrucciones de higiene bucal concerniente al cuidado de sus dientes y encias?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dificultad para abrirla o cerrarla	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	16. Le gusta su sonrisa?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dificultad para mascar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

**Autorizacion y Entrega de Informacion**  
 Certifico que he leído y que comprendo la informacion anterior, a mi entender. Las preguntas anteriores se han contestado en forma precisa. Comprendo que proporcionar informacion incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Tambien autorizo al dentista a entregar cualquier informacion incluido el diagnostico y registros de cualquier tratamiento o exámenes prestados a mi o a mi hijo durante el periodo de dicha atencion dental a terceros pagadores y/o a otros profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compania de seguros a pagar directamente al dentista o al grupo de dentistas los beneficios del seguro o de lo contrario pagaderos a mi persona. Comprendo que mi compania de seguros dental puede pagar menos que la boleta real por los servicios. Acepto hacerme responsable de los pagos de todos los servicios prestados en mi nombre o mis cargas.

Firma del paciente (o padre/tutor si es menor de edad) \_\_\_\_\_

Comentarios del medico \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Doctor Signature:** \_\_\_\_\_