

# Historia de Salud Dental

Nombre: \_\_\_\_\_

Razón de su visita \_\_\_\_\_

Dentista anterior \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha ultimo examen dental \_\_\_\_\_

Fecha ultimas radiografías \_\_\_\_\_

Fecha ultima limpieza \_\_\_\_\_

Frecuencia del cepillado? \_\_\_\_\_

Frecuencia de la seda dental? \_\_\_\_\_

Siente dolor en alguna parte? \_\_\_\_\_

Describe \_\_\_\_\_

**Circule "Si" o "No" indicando si ha tenido alguna de las siguientes condiciones:**

Sensibilidad frío/caliente	Si	No
Sensibilidad al dulce	Si	No
Evita masticar por un lado de la boca	Si	No
Sensibilidad al morder	Si	No
Restauraciones en mal estado	Si	No
Empaquetamiento de alimentos entre dientes	Si	No
Fuma tabaco	Si	No
Inflamación de encías	Si	No
Sangrado de encías	Si	No

Lesión en labios o boca	Si	No
Laceración o lesión dentro de boca/mejillas	Si	No
Mal aliento	Si	No
Sensación de quemazón en la lengua	Si	No
Resequedad en la boca	Si	No
Accidente de mandíbula	Si	No
Sonido/salto mandibular	Si	No
Frecuente dolor cabeza	Si	No
Rechina los dientes	Si	No
Dolor/cansancio mandibular	Si	No
Dolor de oído	Si	No
Tratamiento de ortodoncia	Si	No
Tratamiento periodontal	Si	No

# Historia Médica de Salud

Medico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Por favor listetodos los medicamentos(incluyaprescripciones,sin prescripción,suplementos)y explique la razón:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Es ud. alérgico (a) a alguno de los siguientes?**

Aspirina  Codeina  Latex  Penicilina  Valium

Otros: \_\_\_\_\_

**Ha tenido algunade las siguientes condiciones?**

Válvula artificial  Soplo cardiaco  Prolapso válvula Mitral  Fiebre reumática

**Solo para mujeres:**

Utiliza anticonceptivos? Si No  
 Está lactando? Si No  
 Está embarazada? (Fecha parto: \_\_\_\_\_) Si No

**Circule "Si" o "No" para indicar si presenta o ha tenido alguna de las siguientes condiciones:**

SIDA/ VIH	Si	No
Anemia	Si	No
Artritis o problemas de espalda	Si	No
Asma o problemas respiratorios	Si	No
Transfusión sanguínea (Fecha: _____)	Si	No
Cancer	Si	No
Marcapasos	Si	No
Convulsiones / Epilepsia / Derrames	Si	No
Diabetes	Si	No
Sangrado excesivo en cirugías/extracciones	Si	No
Problemas cardiacos	Si	No
Hepatitis o problemas del hígado	Si	No
Presión alta o baja	Si	No
Problemas de riñones	Si	No
Tratamiento con Phen-Phen	Si	No
Radioterapia o quimioterapia	Si	No
Enfermedades de transmisión sexual	Si	No
Ataque Cardiaco	Si	No
Desordenes de la tiroides	Si	No
Tuberculosis	Si	No

**Otros:** \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que he respondido a cabalidad estas preguntas con la mayor exactitud posible. Entiendo que proporcionando información incorrecta sobre mi historia medica o dental puede ser peligroso para mi salud.

**X** \_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente o Responsable

\_\_\_\_\_  
 Fecha

**X** \_\_\_\_\_  
 Doctor

\_\_\_\_\_  
 Fecha