

Historia clínica dental Forma

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Fecha de nacimiento:		Ssn:	
NOMBRE LEGAL:	Última:	Primero:	Medio:
	Nombre preferido:		
2. INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA SU DENTISTA			
1. Enumere cualquier alergia: _____			
2. Enumere cualquier medicamento recetado que esté tomando actualmente: _____			
3. Enumere cualquier medicamento de venta libre/vitaminas que esté tomando: _____			
4. Enumere cualquier reacción anterior a anestesia local, metales o sedación: _____			
5. Enumere cualquier enfermedad/cirugías/hospitalizaciones: _____			
6. ¿Se requiere medicación previa antes de las visitas dentales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
7. Lista cualquier uso de drogas recreacionales: _____			
3. INFORMACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA			
Proveedor de atención primaria:		PAfilar Número:	Clínica/instalación:
Todos los pacientes: ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes? (Marque todo lo que aplicar) <input type="checkbox"/> Ninguno			
<input type="checkbox"/> Presión sanguínea anormal	<input type="checkbox"/> Dependencia química	<input type="checkbox"/> Marcapasos cardíaco	<input type="checkbox"/> Implantes protésicos
<input type="checkbox"/> Adicción al alcohol	<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica
<input type="checkbox"/> SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca congénita	<input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> Radioterapia
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problemas renales	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática
<input type="checkbox"/> Anorexia	<input type="checkbox"/> Drogas recreativas	<input type="checkbox"/> Aprendizaje	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca reumática
<input type="checkbox"/> Válvula de corazón artificial	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes
<input type="checkbox"/> Articulación artificial	<input type="checkbox"/> Epilepsia, convulsiones	<input type="checkbox"/> Trastornos neurológicos	<input type="checkbox"/> Problemas del seno
<input type="checkbox"/> Problemas de asma/respiración	<input type="checkbox"/> Hechizos de desvanecimiento	<input type="checkbox"/> Trasplante de órganos	<input type="checkbox"/> Golpe
<input type="checkbox"/> Bulimia	<input type="checkbox"/> Problemas auditivos	<input type="checkbox"/> Embarazada/enfermería	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Cáncer, malignidad	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca, cirugía	<input type="checkbox"/> Sangrado prolongado	
4. HISTORIA DENTAL			
Calificar su salud bucal: <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> bien <input type="checkbox"/> Justo <input type="checkbox"/> Pobre			
Fecha de la última dental Visitar: _____			
Tipo de tratamiento: _____			
Por favor responda sí o no a lo siguiente:			
Sí	No		
		¿Sientes dolor en alguno de tus dientes? Caliente/frío/dulce/amargo/sensibilidades. ¿Dolor al masticar?	
		¿Tiene llagas o protuberancias en la boca o cerca de ella?	
		¿Ha sufrido alguna lesión en la cabeza, el cuello o la mandíbula?	
		¿Te muerdes los labios o las mejillas con frecuencia?	
		¿Alguna vez ha experimentado alguno de los siguientes?	
		<input type="checkbox"/> Haciendo clic en la mandíbula <input type="checkbox"/> Dolor (articulación, oreja, lado de la cara) <input type="checkbox"/> Dificultad para abrir o cerrar la boca <input type="checkbox"/> Dificultad para masticar	
		¿Alguna vez ha tenido sangrado prolongado después de las extracciones?	
		¿Algún hábito bucal? (succión de pulgar, mordedura de uñas, respiración bucal, hábitos de enfermería/biberón, chupete, Etc)	
		¿Algún hábito inusual del habla? En caso afirmativo, explique:	
¿Alguna otra inquietud dental?			
Firma del paciente/guardián:		Fecha:	
Firma del dentista:		Fecha:	