

Ricardo Montes De Oca, DMD - Dentista Familiar

Fecha _____

Nombre _____

Dirección _____ Apt _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Tel. _____ Celular _____

Ocupación _____ Tel _____

Dirección Empleo _____

No. Seguro Social _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo: M _____ F _____

Esposo/a _____ No. De Hijos _____

Seguro Dental

1. _____

2. _____

Quién paga la cuenta? _____

Referido por: _____

Nombre de Médico: _____

Dirección del Médico: _____

Tel. del Médico: _____

Razón de su visita: _____

Historia Médica

Determinadas enfermedades o medicamentos pueden alterar su tratamiento dental y para proporcionar a usted (o a su hijo/a) la mejor atención, es indispensable la siguiente información:

TIENE O HA PADECIDO :

| | SI | NO |
|--|----|----|
| 1. Asma, fiebre o alergia | | |
| 2. Alergia a la penicilina, anestesia local o general u otro medicamento | | |
| 3. Presión arterial o problemas del corazón | | |
| 4. Fiebre reumática o soplo cardíaco | | |
| 5. Marcapaso o cirugía del corazón | | |
| 6. Problemas de: diabetes, hígado, riñón, tiroides o pulmonares | | |
| 7. Úlcera o problemas estomacales | | |
| 8. Hepatitis o Ictericia | | |
| 9. Epilepsia o convulsiones | | |
| 10. Sangrado o Glaucoma | | |
| 11. Artritis | | |
| 12. Enfermedades Venéreas, Herpes | | |
| 13. SIDA (Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida) | | |
| 14. Algún otro padecimiento no mencionado anteriormente? | | |
| 15. Las heridas tardan en sanar o presentan complicaciones? | | |
| 16. Actualmente esta tomando algún medicamento? Cuál? | | |
| 17. Fecha de su último examen médico | | |
| 18. Ha estado hospitalizado/a? Porqué fue hospitalizado/a? | | |
| 19. Ha estado en terapia radioactiva? | | |
| 20. Esta en tratamiento para bajar o subir de peso? | | |
| 21. Utiliza algún tipo de tabaco? | | |
| 22. Esta embarazada? | | |

Continúa a la Vuelta

Historia Dental

| | | |
|-----------------------------|---|--------------------------|
| Fecha de su última consulta | Fecha de su última radiografía panorámica | Oficina donde la tomaron |
|-----------------------------|---|--------------------------|

| | SI | NO |
|---|----|----|
| 1. Ha tenido complicaciones con tratamientos dentales anteriormente? | | |
| 2. Tiene dolor en la mandíbula o en los oídos? | | |
| 3. Tiene heridas sin sanar o áreas inflamadas dentro o alrededor de su boca? | | |
| 4. Ha observado postemillas o manchas en su boca? | | |
| 5. Se muerde los labios o mejillas con frecuencia? | | |
| 6. Le han aplicado Novocaína u otra anestesia local? | | |
| 7. Le han aplicado Oxido Nitroso (gas de la risa)? | | |
| 8. Le han aplicado anestesia general? | | |
| 9. Ha tenido reacción alérgica a la anestesia local o anestesia general? | | |
| 10. Ha tenido problema con extracciones anteriormente? | | |
| 11. Ha tenido sangrado prolongado después de extracciones? | | |
| 12. Le sangran las encías al cepillarse? | | |
| 13. Tiene mal sabor de boca o mal aliento? | | |
| 14. Le han dado indicaciones de cómo cuidar sus encías? | | |
| 15. Mastica de un solo lado de la boca? Si así es, porqué? | | |
| 16. Le rechinan sus dientes durante el día o la noche? | | |
| 17. Tiene en sus dientes sensibilidad a comida o líquidos calientes, fríos, dulces o salados? | | |
| 18. Tiene algún otro problema no mencionado anteriormente y que quiera comentar? | | |
| | | |

Firma del paciente (Padre o Tutor)

Fecha

Actualización:

Fecha _____

Fecha _____

Firma _____

Firma _____