

First Dental Center Historia Medico y Dental

Por favor completa la informacion confidencial de sus historia medico y dental

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Nombre de su Medico general _____ # telefono _____

Medico Especialista _____ # telefono _____

Esta ahora bajo tratamiento medico? **SI NO** Porque razon? _____

Alguna cirugia o hospitalizacion en los ultimos 3 anos? **SI NO** Que cirugia o que condicion medica? _____

Tomas antibioticos como pre-medicacion a sus vistas dentales? **SI NO** Si responde si, que toma? _____

Da una lista de medicinas que toma: _____

Has tomado medicamentos para la osteoporosis? **SI NO** Que medicina/Cuanto tiempo? _____

Da una lista de medicinas o materiales a los que tiene **alergias:** Anestacia Latex Penicilian Sulfa Aspirino Metales Codeina

Usa tabaco o alguna otro droga controlada? **SI NO** Que tipo y cada cuando: _____

Ha tenido problemas de sangrado prolongado? **SI NO** _____

Para mujeres: Embarazada? - **SI NO** / Dando lactancia? - **SI NO** / Toma Anticonceptivos? - **SI NO**

Marca **SI** o **NO** si lo teines ahora o lo tuviste antes

SIDA	SI NO	Cortisona	SI NO	Presion Alta	SI NO	Fiebre reumatica	SI NO
Perdida de memoria	SI NO	Diabetis	SI NO	Presion Baja	SI NO	Reumatismo	SI NO
Anemia	SI NO	Adiccion	SI NO	Colesterol Alto	SI NO	Shingles	SI NO
Angina de pecho	SI NO	Emfisema	SI NO	Hipoglicemia	SI NO	Sickle Cell Disease	SI NO
Artritis	SI NO	Epilepsia	SI NO	Corazon Irregular	SI NO	Sinus Trouble	SI NO
Articulacion Artificial	SI NO	Desmayos	SI NO	Problemas de rinon	SI NO	Espina Bifida	SI NO
Asma	SI NO	Tos frecuente	SI NO	Leucemia	SI NO	Problemas de estomago	SI NO
Enfermedad de Corazon	SI NO	Diarrea frecuente	SI NO	Enfermedad Hepatica	SI NO	Embelia	SI NO
Transfucion de Sangre	SI NO	Glaucoma	SI NO	Problemas pulmonares	SI NO	Hinchazon	SI NO
Hematomas	SI NO	Ataque al Corazon	SI NO	Ulceras	SI NO	Problemas de tiroides	SI NO
Cancer - Tipo_____	SI NO	Soplo en el Corazon	SI NO	Prolapio de la valvula mitral	SI NO	Tuberculosis	SI NO
TX de Radiacion	SI NO	Marcapaso en el Corazon	SI NO	Osteoporosis	SI NO	Timores	SI NO
Problemas de Corazon	SI NO	Hepatitis Tipo_____	SI NO	Parkinson's	SI NO	Alguna condicion no mencionada: _____	
Cold Sores	SI NO	Valvula Artificial-Corazon	SI NO	TX psiquiatrico	SI NO		
Congenital Heart Disorder	SI NO	Hemophilia	SI NO	Dialisis renal	SI NO		
COPD	SI NO	Convulsiones	SI NO				

Please list family members who have had the following: **Diabetes** _____

Gum Disease _____ **Cancer** _____ **Type** _____

Heart Disease _____

Te sangran las encinas al cepillarse o usar lilo dental? **SI NO** Usa dentaduras o parciales? **SI NO** cuantos anos tienen? _____

Tienen sus dientes sensibilidad al frio, calor, o dulce? **SI NO** Tiene nervidas en su boca? **SI NO**

Tiene dolor dental ahora? **SI NO** Tiene dolores de cabeza seguido? **SI NO**

Ha tenido accidentes o lastimado el cuello o la mandibula? **SI NO** Ha tenido tratamiento orthodontico? **SI NO**

Rechina sus dientes? **SI NO** Ha perdido o ganado peso ultimamente? **SI NO**

Escuchas ruidos o tiene dolor temporo/mandibular? **SI NO** Esta contento con su sonrisa? **SI NO**

Fecha de su ultimo sita dental? _____

Dinos si tiene necesidades especiales para su tratamineto dental: _____

Comentarios: _____

Doctor Initials: _____

Certifico que he respondido con lo mejor de mi habilidad a la informacion anterior. Entiendo que el responder incorrecta informacion es peligroso para mi salud. Notificare mi oficina dental de cualquier cambio en mi salud o medicamentos.

Firma de paciente (Firma de la persona responsable, si es un menor) **Fecha**