

Historial odontológico

Motivo de la consulta de hoy _____ Fecha de la última consulta odontológica _____

Dentista anterior _____ Fecha de la última radiografía odontológica _____

Domicilio _____

Marcar (✓) si ha tenido alguno de los siguientes problemas:

- | | | |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mal aliento | <input type="checkbox"/> Rechinar de dientes | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al calor |
| <input type="checkbox"/> Sangrado de encías | <input type="checkbox"/> Dientes flojos o empastes rotos | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a lo dulce |
| <input type="checkbox"/> Chasquido o crujido mandibular | <input type="checkbox"/> Tratamiento periodontológico | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al morder |
| <input type="checkbox"/> Acumulación de comida entre los dientes | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al frío | <input type="checkbox"/> Llagas o protuberancias en la boca |

¿Con qué frecuencia utiliza hilo dental? _____ ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____

Historial médico

Nombre del médico _____ Fecha de la última consulta _____

¿Alguna vez ha tomado alguno de los fármacos del grupo denominado en inglés "fen-phen"? Esto incluye combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres comerciales de la fenfermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina). Sí No

¿Ha tenido alguna enfermedad grave u operación? Sí No Si respondió sí, describa _____

¿Alguna vez se le ha efectuado una transfusión de sangre? Sí No Si respondió sí, indique fechas aproximadas _____

(Mujeres) ¿Está usted embarazada? Sí No ¿Amamantando? Sí No ¿Tomando píldoras anticonceptivas? Sí No

Marcar (✓) si ha tenido alguno de los siguientes problemas:

- | | | | |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Tratamientos con cortisona | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlata |
| <input type="checkbox"/> Artritis, reumatismo | <input type="checkbox"/> Tos persistente | <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas artificiales | <input type="checkbox"/> Tos con sangre | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Erupción cutánea |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dolor mandibular | <input type="checkbox"/> Apoplejía |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Hinchazón de pies o talones |
| <input type="checkbox"/> Problemas lumbares | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad sanguínea | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Prolapso de válvula mitral | <input type="checkbox"/> Tabaquismo |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Dependencia de fármacos | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Radioterapia | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria | <input type="checkbox"/> Úlcera |
| <input type="checkbox"/> Circulatory Problems | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea |

MEDICAMENTOS

Enumere los medicamentos que está tomando actualmente:

ALERGIAS

Autorización

Certifico que yo y/o mi(s) persona(s) a cargo tenemos cobertura de seguro con _____ y cedemos directamente al
Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros

Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, de otro modo pagaderos a mí por servicios prestados. Comprendo que soy responsable desde el punto de vista financiero por todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los documentos del seguro.

El dentista arriba mencionado puede utilizar mi información sobre atención de salud y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguros arriba mencionadas y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un año después de la fecha de suscripción a continuación.

Firma del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

Fecha

Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

Relación con el paciente

El pago debe efectuarse en su totalidad en el momento del tratamiento, a menos que se hayan aprobado otros arreglos al respecto.