

Por favor escriba firmemente, este documento es escaneado.

Por favor escriba los medicamentos y suplementos medicinales los cuales esta tomando.

Por favor marque si tuvo o fiene actualmente lo siguiente

- | | | | |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIDA/HIV | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Rifi6n | <input type="checkbox"/> Enfermedad Tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Alergias (Estaci6n) | <input type="checkbox"/> Fiebre de Heno | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza/ Nlgraiias | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Hgado | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Lesiones de Cabeza | <input type="checkbox"/> Enfermedades Mentales | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venereas |
| <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Coraz6n | <input type="checkbox"/> Enfermedades Nerviosas | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a los Metales |
| <input type="checkbox"/> Articuciones Artificiales | <input type="checkbox"/> Soplo en el Coraz6n | <input type="checkbox"/> Marcapaso | <input type="checkbox"/> Alergia a la Codeina |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Sangre | <input type="checkbox"/> Implante de una. Valvula en el Coraz6n | <input type="checkbox"/> Trataniiento con Radiaciones | <input type="checkbox"/> Alergia a Latex |
| <input type="checkbox"/> Cancer/Tumores | <input type="checkbox"/> Prolapso de la Valvula Nftral | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios | <input type="checkbox"/> Alergia a la Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis A / B / C | <input type="checkbox"/> Reumatismo | <input type="checkbox"/> Alergia a Sulfas |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Presi6n Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Ataques | <input type="checkbox"/> Alergia a las Cefalosporinas |
| <input type="checkbox"/> Sangrado Excesivo | <input type="checkbox"/> Presi6n Arterial Baja | <input type="checkbox"/> Problemas Sinusales | Otro tipo de Alergias |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Problemas del Estomago | _____ |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | | <input type="checkbox"/> Embolia. | _____ |

Operaci6nes _____ ¿Esta su problema del Coraz6n controlado con medicinas? Si / No

¿Esta embarazada? Si / No Fecha de parto: _____ ¿Esta bajo tratainiento medico? Si / No

Si escribio Si, por favor explique: _____

¿Por favor escriba cualquier otro problema medico? _____

Historia Dental

Para todos los Pacientes

¿Es ud. Paciente Nuevo en la

Clinica?

Marque sus problemas.

- Mal Aliento
- Sangrado, de Encias
- Sonido o Chasquido de la Mandibula
- Se le queda comida entre los Dientes
- Rechina los Dientes
- Dientes Flojos o Tapaduras Rotas
- Sensibilidad al Calor
- Sensibilidad al Frio
- Sensibilidad a lo Dulce
- Sensibilidad al Morder
- Dolor o algun Crecimiento en la Boca

1. ¿Quien era su dentista previamente?

2. ¿Ha sido tratado por enferinedades peri-Odontales? Si / No

3. ¿Cuando fue la tilthna vez que se le hizo limpieza? _____

4. ¿Cuando fue la ultima vez que le hicieron rayos X? _____

5. ¿Se le lia dicho que necesita tratamiento dental? _____

6. ¿Tiene ud. dientes postisos? Si / No

7. ¿Esta ud. contento con su dentadura? Si / No

1. ¿Cuantas veces se cepilla? _____

2. ¿Utiliza hilo dental? Si / No

3. ¿Rechina o aprieta los dientes? Si / No

4. ¿Le es difcil regresar a ver al dentista? _____

5. ¿Que caliricaci6n le da a su sonrisa? (encierre)
¡Mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Buena!

6. ¿Que necesita para que su sonrisa tenga un 10? _____

Sabe ud. Que nuestra clinica ofrece los siguientes servicios dentales?

Cosmetología Dental

Veneers

Blanqueo – en Casa o en el Consultorio

Cuidado Dental Familiar

Limpieza Peri-Odontal

Ortodoncia incluyendo

INVISALIGN

Implantes

Cirugía Oral

Trabajo de Dentadura

Endodoncia

Corona en una Sola Cita

Rayos X Digital

Uso de Rayo Laser

Firma del paciente o tutor

Fecha

Relaci6n con el pte.