



HISTORIAL MEDICO/ DENTAL DEL PACIENTE

Nombre Del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

CONDICIONES MEDICAS RECIENTES:	MEDICAMENTOS ACTUALES: (incluya medicamentos de venta libre y herbales)	ALERGIAS A MEDICAMENTOS:

Nombre de su Doctor Medico: _____ Fecha de su último examen médico: _____

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes? **Sí** **No** **Sí su respuesta es sí, por favor indique
cuales:**

- | | |
|--|--|
| ☐ Enfermedad hepática (hepatitis/ictericia) | ☐ Diabetes |
| ☐ Enfermedad pulmonar | ☐ Lesión cerebral o Epilepsia |
| ☐ Cáncer/tratamiento de la radiación | ☐ Desorden Sanguíneo |
| ☐ Reemplazo de la articulación | ☐ Enfermedades contagiosas (VIH/tuberculosis) |
| ☐ Cardiopatía (marcapasos, soplo cardíaco, enfermedad valvular) | |

¿Fuma o mastica tabaco? **Sí** **No**

WOMEN ONLY:

- ¿Está embarazada o piensa que puede estarlo? **Sí** **No**
¿Está amamantando? **Sí** **No**
¿Está usando píldoras anticonceptivas o parche? **Sí** **No**

HISTORIAL DENTAL:

¿Tiene dolor o preocupaciones con respecto a los dientes, la boca, las encías o la mandíbula? **Sí** **No**
Si tienes dolor, ¿Dónde está el dolor? _____

En una escala de 1 – 10 ¿Qué tan severo es el dolor? **LEVE 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9-10 SEVERO**

¿Ha tenido algún problema con el tratamiento dental? **Sí** **No**

Si es así, por favor explique: _____

Certifico que he leído y entendido la información anterior. Al mejor de mis conocimientos las preguntas anteriores han sido respondidas con precisión, entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____
(O padre/guardián legal si el paciente tiene menos de 18 años de edad)

Firma del Dentista: _____ **Fecha:** _____