

## Historial Medico

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Aunque el personal dental trate principalmente el área dentro y alrededor de la boca, es una parte de su cuerpo. Los problemas de la salud que usted tenga, o la medicina que usted tome, podrían tener una interrelación importante con la odontología que usted resida. Gracias por contestar las preguntas siguientes.

Esta usted abajo un cuidado de medico ahora?  No  Si \_\_\_\_\_  
Ha sido usted hospitalizado o ha tenido alguna operación mayor?  No  Si \_\_\_\_\_  
Ha tenido usted un accidente grave de cabeza o cuello?  No  Si \_\_\_\_\_  
Toma usted cualquier medicina, píldora, o drogas?  No  Si \_\_\_\_\_  
Toma usted o ha tomado, Phen o Redux?  No  Si \_\_\_\_\_  
Esta usted en una dieta especial?  No  Si \_\_\_\_\_  
Usa usted tabaco?  No  Si Usa usted sustancias controladas?  No  Si

**Mujeres:**  Embarazada/Tratando de quedar embarazada?  Toma anticonceptivos orales?  Esta usted lactando?

### Es usted alérgico a cualquiera de la siguientes?

Aspirina  Penicilina  Codeína  Acrílico  Metal  Látex  Anestésicos Locales  
 Otras alergias: \_\_\_\_\_

### Tiene usted, o usted ha tenido, cualquiera de las siguientes?

<input type="checkbox"/> Adición a las drogas	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/> Medicina de Cortisona
<input type="checkbox"/> Amígdalas	<input type="checkbox"/> Enfermedad de paratiroides	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Anafilaxis	<input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Perdida reciente de peso
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Enfermedad del pulmón	<input type="checkbox"/> Presión Alta
<input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes	<input type="checkbox"/> Enfermedad Estomacal/Intestinal	<input type="checkbox"/> Presión Baja
<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/> Problema Respiratorio
<input type="checkbox"/> Arritmia	<input type="checkbox"/> Epilepsia o Convulsiones	<input type="checkbox"/> Problema sinusitis
<input type="checkbox"/> Articulación Artificial	<input type="checkbox"/> Espina bifida	<input type="checkbox"/> Problemas de corazón/Enfermo
<input type="checkbox"/> Artritis/Gota	<input type="checkbox"/> Falta de respiración frecuenté	<input type="checkbox"/> Problemas del riñón
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Fiebre del Heno	<input type="checkbox"/> Quimioterapia
<input type="checkbox"/> Ataque del corazón	<input type="checkbox"/> Fiebre escarlata	<input type="checkbox"/> Reumatismo
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sangramiento excesivo
<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Hematomas frecuenté	<input type="checkbox"/> Sed excesiva
<input type="checkbox"/> Cuidado Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Sida/HIV
<input type="checkbox"/> Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Soplo Cardiaco
<input type="checkbox"/> Desmayos/Mareo	<input type="checkbox"/> Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/> Tiroides
<input type="checkbox"/> Desorden congénito del Corazón	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Tos frecuente
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Herpes Genital	<input type="checkbox"/> Transfusión de sangre
<input type="checkbox"/> Diálisis renal	<input type="checkbox"/> Herpes Zoster	<input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación
<input type="checkbox"/> Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/> Hinchazón de los miembros	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Dolor de mandíbula	<input type="checkbox"/> Hipoglicemia	<input type="checkbox"/> Tumores o Crecimientos
<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Ulcera
<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuente	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Urticaria/Sarpullido
<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Llagas/Ampollas	<input type="checkbox"/> Válvula Artificial de Corazón
<input type="checkbox"/> Enfermedad Alzheimer	<input type="checkbox"/> Marcapaso	<input type="checkbox"/> Válvula mitral

Ha tenido usted alguna enfermedad grave no listada arriba?  No  Si \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

Doy conocimiento, que las preguntas en este formulario las he contestado correctamente. Entiendo que dar información incorrecta puede ser peligroso a mi salud. Es mi responsabilidad de informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estatus medico.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



**Family Dentistry & Orthodontics  
Miami Center for Cosmetic and Implant Dentistry**

**Expediente Del Paciente**

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Social Security #: \_\_\_\_\_ Seguro Dental: \_\_\_\_\_

Celular #: \_\_\_\_\_ Casa#: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Zip: \_\_\_\_\_

Licencia #: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Nombre de su medico: \_\_\_\_\_ Numero de Tel. #: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Numero de Tel. #: \_\_\_\_\_

Estado Matrimonial: \_\_\_\_\_ Nombre de su esposo/a: \_\_\_\_\_

▶ Como supo de nuestra oficina? \_\_\_\_\_

▶ Razón de su visita? \_\_\_\_\_

▶ Cuando fue su ultimo examen dental? \_\_\_\_\_

▶ Ha tenido algún problema serio relacionado a un tratamiento dental? Explique:  
\_\_\_\_\_

▶ Con que frecuencia se cepilla los dientes: \_\_\_\_\_ Hilo Dental? : \_\_\_\_\_

▶ Que textura de cepillo usa? :  Suave  Mediano  Duro  Nylon

▶ Sangran sus encías al:  Cepillar  Hilo Dental

▶ Siente sensación de dolor cuando sus dientes entran en contacto con líquidos o comidas que están calientes, frías, agrias o dulces?

No  Si: Explique \_\_\_\_\_

▶ Usted tiene:  Dientes Postizos  Empastes  Faltan Dientes  Dientes flojos Si si, explique \_\_\_\_\_

▶ Sus encías se sienten sensibles o inflamadas?  No  Si \_\_\_\_\_

▶ Tiene tendencia de atorarse fácilmente?  No  Si ▶ Tiene hacer gestos o rechinar sus dientes?  No  Si

**Estoy interesado/a en:** Por favor, marque lo que aplique

- Dientes más blancos
- Reemplazar dientes que faltan
- Arreglar dientes fracturados
- Extraer cordales
- Eliminar dolor/incomodidad
- Una mejor sonrisa
- Enderezar mis dientes

- Tener encías más saludables
- Una mejor mordida
- Una boca saludable
- Orto: \_\_\_\_\_

**Permiso para tratamiento**

Certifico que yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para que se me atienda con cualquier procedimiento dental o de cirugía que sea necesario o que se me aconseje como necesario, incluyendo el uso de anestesia. Family Dentistry and Orthodontics puede revisar mi historia de crédito, para ayudar a darme el mejor financiamiento posible. Yo asumiré responsabilidad por cualquier cargo que sea relacionado con este tratamiento dental que yo he acordado.

⇒ \_\_\_\_\_  
Firma de paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

