



HISTORIA CLÍNICA

Su salud física actual es: Buena Más o Menos Pobre

¿Está bajo el cuidado de un médico? Sí No

En caso afirmativo, precisar la respuesta: _____

Nombre del médico: _____

Sí No Si es así, describa: _____

¿Es usted alérgico, o ha reaccionado negativamente, a cualquiera de las siguientes? Por favor, círculo Sí o N.

Sí N Amoxicilina Sí N Dental Anestésicos Sí N Penicilina
 Sí N Aspirina Sí N Erythromycin Sí N Tetraciclina
 Sí N Codeína Sí N Látex Sí N Otro

Por favor liste los medicamentos que usted es alérgico a la: _____

Durante los últimos 12 meses, ha tomado alguno de los siguientes: Por favor, círculo Sí o N.

Sí N Antibióticos o sulfamidas Sí N Anticoagulantes
 Sí N Medicamentos para la presión arterial alta Sí N Tranquilizantes
 Sí N Insulina, Orinase, o droga similar Sí N Aspirina
 Sí N Digitalis/ drogas para problemas cardíacos Sí N Nitroglicerina
 Sí N Cortisona (esteroides) Sí N Phen-Phen
 Sí N Droga sin receta / suplementos
 Sí N Otros: _____

Para LAS MUJERES: ¿Está tomando píldoras anticonceptivas?

Sí No

¿Está embarazada? Sí No

¿En caso afirmativo, espera fecha de vencimiento? _____

¿Está amamantando usted? Sí No

¿Han llegado a la menopausia? Sí No

Teléfono # (____) _____ Fecha del último examen: _____

¿Tienes o tienen, cualquiera de las siguientes condiciones médicas? Por favor, círculo Sí o N.

Sí N Sangrado anormal	Sí N Hepatitis
Sí N Alcohol / Abuso de Drogas	Sí N Herpes / Fiebre Ampollas
Sí N Anemia	Sí N Presión Arterial Alta
Sí N Artritis	Sí N VIH/SIDA
Sí N Artificial Huesos / Articulaciones / Válvulas	Sí N Hospitalizaciones
Sí N Asma	Sí N Problemas de Riñón
Sí N Transfusión de Sangre	Sí N Enfermedad del Hígado
Sí N Cáncer / Quimioterapia	Sí N Presión Arterial Baja
Sí N Colitis	Sí N Prolapso de Válvula Mitral
Sí N Defecto Congénito del Corazón	Sí N Marcapasos
Sí N Diabetes	Sí N Problemas Psiquiátricos
Sí N Dificultad Para Respirar	Sí N Tratamiento de Radiación
Sí N Enfisema	Sí N Fiebre Reumática / Escarlata
Sí N Epilepsia	Sí N Convulsiones
Sí N Encantos de desfallecimiento	Sí N Tejas
Sí N Frecuentes Dolores de Cabeza	Sí N Enfermedad de Células Falciformes
Sí N Convulsiones	Sí N Epilepsia
Sí N Glaucoma	Sí N Problemas de los Senos
Sí N Fiebre del Heno	Sí N Accidente Cerebrovascular
Sí N Ataque al Corazón	Sí N Tiroides
Sí N Sople Cardíaco	Sí N Tuberculosis
Sí N Cirugía de Corazón	Sí N Úlceras
Sí N Hemofilia	Sí N STD

¿Bebe alcohol? Sí No Si es así, ¿cuánto? _____

¿Usted fuma? Sí No Si es así, ¿cuánto? _____

¿Tienes alguna enfermedad, condición o problema no se hayan enumerado anteriormente?

HISTORIA DENTAL DE SALUD

¿Por qué llegaste al dentista hoy? _____

¿Necesita antibióticos antes del tratamiento dental? Sí N

¿Ha tenido alguna desagradable experiencia dental? Sí N

En caso afirmativo, precisar la respuesta: _____

¿Eres aprensivo acerca de tratamiento dental? Sí N

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____

¿Con qué frecuencia usar hilo dental? _____

¿Toma suplementos de fluoruro? Sí N

¿Usted prefiere guardar sus dientes? Sí N

¿Atragantarse fácilmente? Sí N

¿Usa prótesis dentales? Sí N

¿Tomar alimentos entre los dientes? Sí N

¿Tienes dificultad en la masticación de los alimentos? Sí N

¿Usted mastique en solamente un lado de la boca? Sí N

¿Evitas cepillar cualquier parte de la boca debido al dolor? Sí N

¿Sus encías sangran fácilmente? Sí N

¿Sienten las encías hinchadas o adoloridas? Sí N

¿Ha notado lento curativas llagas en la boca? Sí N

¿Son sus dientes sensibles a calor, frío, dulce, amargo? Sí N

¿Tienes que hacer estallar o haciendo clic en la articulación de la mandíbula? Sí N

¿Usted rechina o aprieta sus dientes? Sí N

¿Hacer sus mandíbulas siempre sentir cansado o se atorán? Sí N



R.O.A.D.S.

COMMUNITY CARE CLINIC

- ¿Tiene dolor de oídos o dolor delante de las orejas? Sí N
- ¿Es usted incapaz de abrir la boca todo lo que quieras? Sí N
- ¿Es consciente de una picadura incómoda? Y N
- ¿Es usted un fumador habitual goma masticador o pipa? Y N