

1911 Forest Hill Blvd, West Palm Beach, FL 33406 ☎ (561)-439-7400 📠 (561)-439-7443 ✉ juanageldresdds@live.com

Nombre: _____ Fecha ____/____/____

HISTORIAL MEDICO (Por favor circule SI or NO)

1. A tenido algun cambio reciente con su salud?.....SI NO
Si, por favor explique: _____
2. Cuando fue su ultimo examen fisico? _____
3. Esta bajo el tratamiento de un medico? SI NO
Si, por favor explique: _____
4. A estado interno en un hospital o/a tenido una enfermedad o condicion severa en los ultimos 5 años? SI NO
Si, por favor explique: _____
5. Tiene o a tenido algunas de las siguientes condiciones medicas (por favor circule las que aplican)?

Valvula artificial en el Corazon o un miembro artificial	Arthritis o Reumatismo	Hepatitis
Transplante de organos	Problemas Psiquiatricos o Emocionales	Soplo en el Corazon
Asthma o Fiebre de Eno	Problemas con el Higado	SIDA o HIV
Epilepsia o Desmayos Incontrolables	Fiebre reumatica Problemas con el Corazon	Enfermedades de transmision sexual
Tuberculosis	Marcapaso	Diabetes
Sangramientos o Enfermedades Sanguineas	Terapia de Radiacion	Presion Alta/Baja

 Otras condicioines no mencionadas _____
6. Tiene problemas respirando por la nariz? SI NO
7. Toma usted medicamentos? SI NO
Si, por favor liste: _____
8. Tiene usted reacciones alergicas o esta adicto a alguna droga o medicamento (Penicilina, Codeina, Cocaina, o el Alcohol)? SI NO
Si por favor liste: _____
9. Ha notado algun bulto en su boca? SI NO
10. Ha tenido alguna reaccion a la anestesia local / general..... SI NO
11. Ha tenido sangramiento severo despues de una extraccion SI NO
12. Ha tenido alguna condicion o enfermedad, o otro problema no mencionado que crea usted que debemos saber? SI NO
13. Si, por favor explique: _____
14. Desea discutir su historia medica en privado con el doctor? SI NO
15. Nombre del Doctor Primario: _____ Telefono: _____

MUJERES

1. Estas embarazada? Si, cuantos meses? SI NO
2. Estas bajo tratamiento hormonal para evitar el embarazo? SI NO
3. Esta dando de lactar..... SI NO

HISTORIAL DENTAL

1. Que te preocupa de tus dientes o quisieras cambiar? _____
2. Cuando fue su ultima visita a un dentista? _____
3. Cuando fue la ultima vez que un dentista le tomo radiografias? _____
4. Cuando fue su ultima limpieza dental? _____
5. Has tenido uno de los siguientes tratamientos? Ortondoncia (Frenillos), Endodoncia(Tratemiertto conducto),Periodoncia (Entermeda de encias)? SI NO
Si, per favor explique: _____
6. Experimentas dolor o molestias en la mandibula, musculos faciales y oido cuando abres la boca?..... SI NO
7. Usted rechina o aprieta los dientes? SI NO
8. Te sangran las encias? SI NO
9. Sufre usted de ansiedad o le provoca deseos de vomitar los tratamientos dentales? SI NO
10. Tienes o has tenido parciales removibles o dentaduras removibles? SI NO
11. Quisiera usted prevenir o evitar dentaduras? SI NO
12. Esta usted insatisfecho con la apariencia de sus dientes? SI NO
13. Que cambios quiciera hacer usted al respecto de su boca? _____
14. Cuales son sus pasatiempos? _____

Firma del paciente: _____ FECHA _____

Firma del paciente o representatante legal: _____ FECHA _____