

GESSNER SMILE DENTISTRY

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____ Marque Uno: Hombre o Mujer

Médico Primario: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono: _____

Alergias (Paciente):

¿Es usted alérgico al látex? SI o NO

¿Es usted alérgico a alguna medicina? SI o NO

Si contestó (SI), por favor escriba el nombre de las medicinas: _____

Historial Médico (Paciente) (SI) si usted tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades:

- Asma Diabetes Enfermedades transmitidas sexualmente Angina/Dolor de Pecho Cáncer VIH/SIDA
 - Anemia/Afecciones de la Sangre/Hemofilia Presión Alta Afecciones del riñón/Diálisis Moretones o Sangramiento fácil
 - Problemas de la Tiroides Problemas del Hígado/Hepatitis Problemas de coagulación Tuberculosis Problemas del estómago o intestinos Dolencias del Corazón Enfermedades Vasculares Glaucoma TDA/ADHD Epilepsia/Convulsiones Espina Bífida Psicosis Maniaco Depresiva Artritis Embolia
 - Problemas de desarrollo Fiebre Reumática Desmayos Problemas respiratorios/COPD/Enfisema Sinusitis
- Reemplazo de articulación Si contestó (SI) a alguna de las preguntas anteriores, por favor explique:

¿Ha estado usted hospitalizado en los últimos cinco años? Indique uno: SI o NO. Si contestó (SI), por favor escriba la fecha y la razón para la hospitalización:

Historial Médico de la Familia: SI, para miembros inmediatos de la familia (*por ejemplo: hermanos, hermanas, padre, madre, abuelos, abuelas*)

- Diabetes Embolia Enfermedades Vasculares Cáncer Ataque al Corazón Problemas del Corazón Anemia/Afecciones de la Sangre Presión Alta Enfermedades del Riñón/Diálisis Problemas de coagulación Tuberculosis Problemas de Sangramiento/Hemofilia Si contestó (SI) a algunas de las preguntas anteriores, por favor explique:

Si usted contesta (SI) a algunas de estas preguntas, por favor indique con qué frecuencia:

¿Usted usa, fuma o mastica tabaco? Si No Frecuencia _____

¿Toma usted alcohol regularmente? Si No Frecuencia _____

¿Usa o ha usado usted drogas alguna vez? Si No Frecuencia _____ Mujeres:

¿Está usted embarazada o planea estar embarazada o amamantando? Por favor explique:

GESSNER SMILE DENTISTRY

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

ESCRIBA LAS MEDICINAS QUE USTED (EL PACIENTE) ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE: *(incluya las que toma “cuando es necesario” y las que compra “sin receta directamente del mostrador”)*

Nombre de la Medicina, Dosis, Veces al Dia	Nombre de la Medicina, Dosis, Veces al Dia

HISTORIA DENTAL

¿Cuál es la razón de su visita de hoy? _____

¿Tiene usted alguna registración dental previa? _____ Fecha de su última visita al dentista: _____

La razón de su última visita al dentista: _____

Por favor conteste las siguientes preguntas:

¿Tiene usted algún dolor en sus dientes o muelas? Si No

¿Están sus dientes sensitivos al calor, frío, dulces, o presión? Si No

¿Tiene algún diente suelto? Si No

¿Tiene usted alguna llaga o bulto en su boca? Si No

¿Usa usted alguna pieza dental removible (dentadura/retenedor)? Si No

¿Ha tenido usted alguna vez tratamiento ortodóntico (aparatos/retenedores)? Si No

¿Ha tenido usted algún problema después de una extracción
(sangramiento/cavidad seca)? Si No

¿Ha tenido usted alguna vez un sangramiento anormal? Si No

¿Ha tenido usted alguna reacción alérgica/contraria a un tratamiento dental? Si No

¿Se ha desmayado usted alguna vez en una oficina dental? Si No

¿Ha tenido usted que tomar antibiótico alguna vez antes de un tratamiento dental? Si No

¿Tiene usted dolor y/o ruido seco en la articulación de la quijada alrededor de la oreja? Si No

¿Tiene sangramiento en las encías? Si No

¿Rechina usted sus dientes o aprieta sus quijadas? Si No

¿Tiene usted alguna otra queja dental? Si No

Llamar en caso de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Yo certifico que todas las respuestas a las preguntas sobre la salud son precisas y correctas a lo que yo sepa. Puesto que un cambio en una condición médica o un cambio en las medicinas puede afectar el tratamiento dental, yo entiendo la importancia de esto y estoy de acuerdo en notificar al dentista cualquier cambio durante cualquiera de mis siguientes visitas.

Firma del Paciente/Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Proveedor: _____ Fecha: _____