

## Historial odontológico

Motivo de la consulta de hoy \_\_\_\_\_ Fecha de la última consulta odontológica \_\_\_\_\_  
 Dentista anterior \_\_\_\_\_ Fecha de la última radiografía odontológica \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_

Marcar (✓) si ha tenido alguno de los siguientes problemas:

<input type="checkbox"/> Mal aliento	<input type="checkbox"/> Rachos de dientes	<input type="checkbox"/> Sensibilidad al calor
<input type="checkbox"/> Sangrado de encías	<input type="checkbox"/> Dientes flojos o empastados rotos	<input type="checkbox"/> Sensibilidad a lo dulce
<input type="checkbox"/> Chasquido o ruido mandibular	<input type="checkbox"/> Tratamiento periodontológico	<input type="checkbox"/> Sensibilidad al montar
<input type="checkbox"/> Acomodación de comida entre los dientes	<input type="checkbox"/> Sensibilidad al frío	<input type="checkbox"/> Llagas o pruritos en la boca

¿Con qué frecuencia utiliza hilo dental? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? \_\_\_\_\_

## Historial médico

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Fecha de la última consulta \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tomado alguno de los fármacos del grupo denominado en inglés "fen-phe"? Esto incluye combinaciones de fenitina, Adipin, Pectin (combinaciones conestólicas de la fenitina), Pondimin (fenfluramina) y Fexos (profenfluramina).  Sí  No

¿Ha tenido alguna enfermedad grave u operación?  Sí  No Si respondió sí, describa \_\_\_\_\_

¿Alguna vez se le ha efectuado una transfusión de sangre?  Sí  No Si respondió sí, indique fechas aproximadas \_\_\_\_\_

(Mujeres) ¿Está usted embarazada?  Sí  No ¿Amamantando?  Sí  No ¿Tomando píldoras anticonceptivas?  Sí  No

Marcar (✓) si ha tenido alguno de los siguientes problemas:

<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Tratamientos con cortisona	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Fiebre recurrente
<input type="checkbox"/> Aritmia, respiratoria	<input type="checkbox"/> Tos persistente	<input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta	<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar
<input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas anómalas	<input type="checkbox"/> Tos con sangre	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Erupción cutánea
<input type="checkbox"/> Articulaciones anómalas	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Dolor mandibular	<input type="checkbox"/> Apoplejía
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Hinchazón de pies o tobillos
<input type="checkbox"/> Problemas lunares	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Problemas de travesía
<input type="checkbox"/> Enfermedad sanguínea	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Prolapso de válvula mitral	<input type="checkbox"/> Tabaquismo
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Miocardiopata	<input type="checkbox"/> Anisquimia
<input type="checkbox"/> Dependencia de fármacos	<input type="checkbox"/> Sople cardíaco	<input type="checkbox"/> Radioterapia	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria	<input type="checkbox"/> Úlceras
<input type="checkbox"/> Circulatory Problems	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Piel no reactiva	<input type="checkbox"/> Enfermedad venérea

**MEDICAMENTOS** **ALERGIAS**

Enumere los medicamentos que está tomando actualmente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Autorización

Certifico que yo (yo más parecido) a cargo tenemos cobertura de seguro con \_\_\_\_\_ y pertenecemos directamente al \_\_\_\_\_ (Nombre de la Compañía de Seguro)

De \_\_\_\_\_ somos los beneficiarios del seguro, si así hubiera, de otro modo pagadores o no por servicios prestados. Comprendo que soy responsable desde el punto de vista financiero por todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los documentos del seguro.

El dentista arriba mencionado puede utilizar mi información sobre atención de salud y puede divulgar dicha información a esta Compañía de Seguros arriba mencionada y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro pagadores por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un año después de la fecha de suscripción o continuación.

Fecha del paciente, padre/madre, tutor o representante personal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

El pago debe efectuarse en su totalidad en el momento del tratamiento, a menos que se hayan aprobado otros arreglos al respecto.