

Formulario de Historial de Salud de Dentist South Shore

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Lista de medicación:

Por favor, liste cualquier medicamento con receta o de venta libre:

Historial Dental:

Por favor marque la casilla si la pregunta aplica a usted:

- ¿Sus encías sangran al cepillarse o usar hilo dental?
- ¿Sus dientes son sensibles al calor o al frío?
- ¿Se quedan atrapados alimentos o hilo dental entre sus dientes?
- ¿Su suministro de agua en casa contiene flúor?
- ¿Bebe agua embotellada o filtrada?
- ¿Usa prótesis parciales o dentaduras postizas?
- ¿Aprieta los dientes?
- ¿Rechina los dientes?
- ¿Esta experimentando actualmente dolor o molestias dentales?
- ¿Ha tenido o tiene actualmente alguna de las siguientes condiciones?:
 - Tratamiento periodontal (de las encías)
 - Ortodoncia (brackets)
 - Problemas con tratamientos dentales anteriores
 - Lesiones graves en la cabeza, cuello o boca
 - Dolor de oído o cuello
 - Llagas o úlceras en la boca
 - Clics, chasquidos o molestias en la mandíbula

¿Le gusta su sonrisa? _____

Si no, ¿qué le gustaría cambiar?

¿Con qué frecuencia cepilla sus diente?

¿Con qué frecuencia usa hilo dental?

¿Cuándo fue su última visita dental? _____

¿Le tomaron radiografías? _____

Alergias:

- Penicilina o Amoxicilina
- Clindamicina
- Anestésico Local
- Acetaminofeno (Tylenol)
- Acrílico
- Aspirina
- Codeína
- Demerol
- Eritromicina
- Fluoruro
- Ibuprofeno (Motrin/Advil)
- Yodo
- Latex
- Morfina
- Sulfamidas
- Tetraciclina
- Fiebre del Heno/Estacional
- Alimentos: por favor liste:

- Otros: por favor liste:

Nombre y teléfono de la farmacia de su preferencia

Fecha del último examen físico: ____/____/____

Cuestionario de historial Médico

- ¿Cosume bebidas alcohólicas?
- ¿Usa tabaco? (fumar, tabaco para mascar o clicles de tabaco)

- ¿Utiliza algún producto para dejar de fumar? (parches, gomas, medicación) _____
- ¿Tiene apnea del sueño?

- ¿Han habido cambios a su salud en general en el último año? Por favor explique:

- ¿Está embarazada?
- ¿Está amamantando?

De la vuelta para completar el formulario >

Formulario de Historial de Salud de Dentist South Shore

- ¿Está tomando anticonceptivos o sustitutos hormonales?
- ¿Ha tenido alguna enfermedad severa, cirugías, o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años? Por favor explique e incluya fechas de ser posible:

- ¿Ha tenido reacciones adversas a medicamentos o inyecciones? Por favor explique:

- ¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o alguna medicación que contenga bifosfonatos?

- ¿Su medico le ha recomendado que tome antibioticos previo a su tratamiento dental? Por favor explique: _____

Por favor marque la casilla si usted ha padecido alguna de las siguientes condiciones:

- Infección por VIH o SIDA
- Alzheimer/Demencia
- Anemia
- Angina
- Ansiedad
- Artritis
- Articulación artificial
- _____
- Asma
- Enfermedad autoinmune
- Problemas de espalda
- Trastorno hemorrágico/sangrado excesivo
- Enfermedad sanguínea
- Transfusión de sangre
- Problemas respiratorios/enfermedad respiratoria
- Cáncer/Quimioterapia/Radioterapia. Si es así, por favor liste la fecha, tipo y ubicación de la radioterapia:

- Enfermedad cardiovascular
- Dolor en el pecho al hacer esfuerzo
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Válvulas cardíacas dañadas
- Diabetes
- Hipoglucemia
- Trastorno alimentario
- Enfisema
- Epilepsia
- Desmayos

- Convulsiones, Si es así, ¿Con qué frecuencia y de qué tipo?

- Migrañas o dolores de cabeza frecuentes
- Reflujo o acidez estomacal
- Glaucoma
- Gota
- Dificultades auditivas
- Ataque cardíaco
- Soplo cardíaco
- Trastorno de ritmo cardíaco
- Defectos cardíacos congénitos. Si es así, por favor explique: _____
- Hepatitis, Ictericia, Enfermedad del Hígado
- Presión arterial alta
- Presión arterial baja
- Problemas renales
- Baja tolerancia al dolor
- Desnutrición
- Prolapso de la válvula mitral
- Trastornos neurológicos. Si es así, por favor explique:

- Sudores nocturnos
- Osteoporosis/Enfermedad de Paget
- Marcapasos
- Ganglios inflamados persistentes en el cuello
- Atención psiquiátrica. Si es así, por favor explique:

- Infecciones recurrentes
- Enfermedad cardíaca reumática
- Artritis reumatoide
- Pérdida de peso severa o rápida
- Infección o enfermedad de transmisión sexual
- Problemas sinusales
- Accidente cerebrovascular. Si es así, por favor explique: _____
- Lupus eritematoso sistémico
- Trastorno de la tiroides
- Trastorno de la ATM (articulación temporomandibular)
- Tuberculosis
- Tumores o crecimientos
- Úlceras