



Medical Dental History Form

Español

Nombre _____ Direccion _____
 Telefono _____ Fecha de nacimiento _____ Espos(a) _____
 Lugar de trabajo _____ Telefono _____ Ocupacion _____
 Medico General _____ Telefono _____
 Último examen fisico gral _____ Dia de su ultimo examen dental _____

USTED TIENE O TUBO EN EL PASDADO ALGO EN ESTE LISTADO?

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NUNCA</u>	<u>COMENTARIOS</u>
Algun problema respiratorio?.....	[]	[]	[]	_____
Asma? (si hay, responda a,b).....	[]	[]	[]	_____
a) Es usted un dependiente de esteroide?.....	[]	[]	[]	_____
b) Usa un tipo de inalador?.....	[]	[]	[]	_____
Problemas de sinusitis?.....	[]	[]	[]	_____
Alta temperatura o alergias climaticas?.....	[]	[]	[]	_____
Obstruccion de aire?.....	[]	[]	[]	_____
Dificultades con intubacion en anestesia gral?.....	[]	[]	[]	_____
Habito a fumar?.....	[]	[]	[]	_____
Historia TB?.....	[]	[]	[]	_____
Presion Arterial alta?.....	[]	[]	[]	_____
Presion Arterial baja?.....	[]	[]	[]	_____
Angine de Pecho?.....	[]	[]	[]	_____
Ataques al corazon?.....	[]	[]	[]	_____
Paralisis Parcial?.....	[]	[]	[]	_____
Enfermedad de la Arteria Coronaria?.....	[]	[]	[]	_____
Arritmias?.....	[]	[]	[]	_____
Fiebre Reumatica?.....	[]	[]	[]	_____
Soplos al Corazon?.....	[]	[]	[]	_____
Malformacion del Corazon al Nacimiento?.....	[]	[]	[]	_____
Valvula Mitral Prolapsada?.....	[]	[]	[]	_____
Valvulas Artificiales en el Corazon?.....	[]	[]	[]	_____
Marcapazo? (Si es si, responda A).....	[]	[]	[]	_____
a) Deberia tener aditamentos electricos?	[]	[]	[]	_____
Cirugia del Corazon?.....	[]	[]	[]	_____
Requiere antibioticos en tratamiento dental?.....	[]	[]	[]	_____
Desorden Sangineo?.....	[]	[]	[]	_____
Sickle Cell anemia?.....	[]	[]	[]	_____
Problemas de la Tiroides?.....	[]	[]	[]	_____
Diabetes? (Si es si, responda A,B,C).....	[]	[]	[]	_____
a) Si diabetico y uso insulina?.....	[]	[]	[]	_____
b) Si diabetico y esta bajo control?.....	[]	[]	[]	_____
c) Si diabetico y uso medicina oral?.....	[]	[]	[]	_____
Enfermedad del Hgado?.....	[]	[]	[]	_____
Hepatitis A ?.....	[]	[]	[]	_____
Hepatitis B ?.....	[]	[]	[]	_____
Hepatitis C ?.....	[]	[]	[]	_____
Ulcera Estomagal o Deodenal?.....	[]	[]	[]	_____
Problema de reflujo gartrico u esofago.....	[]	[]	[]	_____
Colitis ?.....	[]	[]	[]	_____
Piedras en los Rinones?.....	[]	[]	[]	_____
Enfermedad en el Rinon ?.....	[]	[]	[]	_____
Glaucoma ?.....	[]	[]	[]	_____

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NUNCA</u>	<u>COMENTARIOS</u>
Cancer ? (Si es si, responde a-d).....	[]	[]	[]	_____
a) Tipo de Cancer?.....	[]	[]	[]	_____
b) Quimoterapia?.....	[]	[]	[]	_____
c) Radiacion?.....	[]	[]	[]	_____
d) Otro tipo de cancer?.....	[]	[]	[]	_____
Facial o Trauma en la Mandibula?.....	[]	[]	[]	_____
Escoliosis?.....	[]	[]	[]	_____
Problemas, Musculares o Huesos?.....	[]	[]	[]	_____
Artificial Coyonturas / Cirugia Para Protesis?.....	[]	[]	[]	_____
Artritis?.....	[]	[]	[]	_____
Si es si, Por cuanto tiempo?.....	[]	[]	[]	_____
Cualquier problema con anestesia local?.....	[]	[]	[]	_____
Alergia a la anestesia?.....	[]	[]	[]	_____
Sincope con anestesia?.....	[]	[]	[]	_____
Dificultad de efecto con anestesia?.....	[]	[]	[]	_____
A sufrido de Parenestesia?.....	[]	[]	[]	_____
Desordenes Neurologicos?.....	[]	[]	[]	_____
Epilepsia?.....	[]	[]	[]	_____
Problemas Mentales o emocionales?.....	[]	[]	[]	_____
Abuso al alcohol u otras sustancias?.....	[]	[]	[]	_____
Dental				
Presenta dolor en su boca?.....	[]	[]	[]	_____
Tus encias sangran? Cuando?.....	[]	[]	[]	_____
A tenido su boca lastimada?.....	[]	[]	[]	_____
Tiene mal aliento o mal sabor de boca?.....	[]	[]	[]	_____
Problemas frecuentes con Fogasos?.....	[]	[]	[]	_____
Fogosas, ulceras o postemillas?.....	[]	[]	[]	_____
Herpes Oral?.....	[]	[]	[]	_____
Serostomia (Boca seca)?.....	[]	[]	[]	_____
Miembros en tu familia recuren mejor a perder sus dientes?.....	[]	[]	[]	_____
Esta satisfecho con sus dientes?.....	[]	[]	[]	_____
Usted a presentado un terrible dolor de diente?.....	[]	[]	[]	_____
sensibilidad en sus dientes? Calor, Frio, Dulces? ..	[]	[]	[]	_____
La comida se mete entre los dientes?.....	[]	[]	[]	_____
El tartaro y el coloramiento regresa rapido?.....	[]	[]	[]	_____
Presenta rapido cavidades?.....	[]	[]	[]	_____
Mastica satisfactoriamente?.....	[]	[]	[]	_____
Usted mastica en ambos lados?.....	[]	[]	[]	_____
Algun tipo de habitos bucal? Labios, mejillas, Se muerde la lengua, u objetos entre sus dientes?.....	[]	[]	[]	_____
Supo de algun habito con su boca?.....	[]	[]	[]	_____
Rechina o aprieta sus dientes?.....	[]	[]	[]	_____
Despierta con sus dientes juntos Cansancio o dolor en quijadas? ..	[]	[]	[]	_____
Eventualmente sus quijadas juntas?.....	[]	[]	[]	_____
Recuerda en el pasado dolor, cansancio o perdida dental?.....	[]	[]	[]	_____
Tuvo un alto o bajo en sus rellenos?	[]	[]	[]	_____
Problemas al abrir o cerrar su boca?.....	[]	[]	[]	_____
Nunca su quijada se a salido de posicion?.....	[]	[]	[]	_____
Le han removido dientes?.....	[]	[]	[]	_____
Han remplazado dientes o perdida de dientes?.....	[]	[]	[]	_____

	YES	NO	UNKNOWN	COMENTARIOS
Allergies				
Alergia al Latex?.....	[]	[]	[]	_____
Alergia al metal, acrilico u otro?.....	[]	[]	[]	_____
Alergia algun medicamento o comida?	[]	[]	[]	_____

Mujeres:

Embarazada?.....	[]	[]	[]	_____
Toma pastillas anticonceptivas?.....	[]	[]	[]	_____
VIH Positivo/Algun tipo de enfermedad sexual transmitible'	[]	[]	[]	_____
Algun tipo de infeccion en las ultimas dos semanas?.....	[]	[]	[]	_____
Algun problema medico no mencionado?.....	[]	[]	[]	_____

Por favor en liste todo medicamento que tome con o sin prescripcion medica al igual herbales?

Medicamento	Dosis	Frecuencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Algun medicamento lo dejo de tomar por sus efectos que produce o por otra razon?

SOLO PARA EL DENTISTA:

Dental Implications Regarding Medication / Dental History: _____

Do any of the above medications effect the QT interval?

Dentist's Signature _____

Name (printed) _____ Date _____

For Use by DMD (notes)

Patient's Signature _____
