

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Nombre del Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Correo electrónico (Para confirmar citas/ Boletín de noticias) \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_  
Nombre Relación al Paciente Teléfono

Si	No	<b>Historial Medico</b>
_____	_____	¿Está bajo el cuidado de algún médico? ¿Sí, porque? _____
_____	_____	¿Tiene algún antecedente de alguna enfermedad grave? ¿Si, cuál? _____
_____	_____	¿Algún medicamento o medicamentos que esté tomando actualmente? ¿Cual? _____
_____	_____	¿Alguna sensibilidad algún medicamento? Indíquelos: _____
_____	_____	¿Tiene alergias? (incluyendo sensibilidad al níquel) Indíquelos: _____
_____	_____	¿Tiene alguna sensibilidad al látex?
_____	_____	¿Tiene alguna tendencia a enfermarse con resfriados, dolor de garganta, o infección de oídos?
_____	_____	¿Usted fuma?
_____	_____	¿Usted ronca?
_____	_____	¿Usted tiene apnea de sueño?
_____	_____	¿Es VIH positivo?
_____	_____	¿Esta usted embarazada?

Nombre de su dentista general: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen: \_\_\_\_\_

Si	No	<b>Historial Dental</b>
_____	_____	¿Ha tenido alguna lesión en la cara, boca o dientes?
_____	_____	¿Ha tenido terapia del habla?
_____	_____	¿Usted respira por la boca?
_____	_____	¿Era usted o es usted alguien que se chupa el dedo pulgar?
_____	_____	¿Le han extractado algún diente? ¿Porque? _____
_____	_____	¿Ha tenido algún efecto adverso a la anestesia dental?
_____	_____	¿Le han dado tratamiento para la enfermedad de la encía?
_____	_____	¿Ha tenido algún tratamiento de ortodoncia o alguna consulta previamente? ¿Cuando? _____
_____	_____	¿Toca algún instrumento musical? ¿Qué tipo? _____
_____	_____	¿Usted rechina o aprieta los dientes?
_____	_____	¿Su quijada hace clic o truena?
_____	_____	¿Tiene dificultad al abrir la boca ampliamente?
_____	_____	¿Su mandíbula alguna vez se le ha atrancado por lo cual ya no la ha podido cerrar?
_____	_____	¿Le duele al masticar?
_____	_____	¿Hay dolor enfrente de los oídos?
_____	_____	¿Hay dolor en la mejilla o en la sien?
_____	_____	¿Usted sufre de dolor de cabeza?
_____	_____	¿Tiene dolor de cuello o los hombros?

¿Cuáles son sus preocupaciones acerca de sus dientes o mandíbula?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Yo he completado este formulario de acuerdo a mi conocimiento \_\_\_\_\_  
Firma Fecha

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_