

## Historial Médico del Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Médico de Cuidados Primarios: \_\_\_\_\_ Nombre del Centro: \_\_\_\_\_

Fecha del último Examen: \_\_\_\_\_ ¿Está bajo el cuidado de un Especialista? \_\_\_\_\_

	Si	No		Si	No
1. ¿Está actualmente bajo el tratamiento médico de un proveedor primario o un doctor especialista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. ¿Usa productos de tabaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha estado hospitalizado o ha tenido alguna cirugía el los últimos 5 años? Si es así, por favor explique. _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. ¿Usa vapor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Por favor liste todos los medicamentos con y sin prescripción que usted está tomando, incluyendo cualquier suplemento de hierbas. _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. ¿ Usa sustancias controladas, incluyendo marihuana/drogas recreacionales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tomado alguna vez terapia de ve you ever taken bisfosfonatos (píldoras on inyecciones para fortaleces los huesos como Fosamax, Boniva) para la osteoporosis o cancer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. ¿Tiene un historial de abuso de alcohol/sustancias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Está tomando actualmente algún anticoagulante o recibe terapia anti-coagulatoria? (ej. Coumadin, Plavix, Eliquis, Aspirina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. ¿Siente deseos actualmente de lastimarse a si mismo y/o a otros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Sufre de problemas de sangrado, o ha tenido algún sangrado prolongado después de un procedimiento quirúrgico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. ¿Está embarazada o cree que podría estarlo? Si es así, ¿cual es la fecha de parto? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Tiene alguna discapacidad? Si es así, por favor explique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. ¿Está amamantando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			15. ¿Está tomando contraceptivos orales(control de natalidad)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### ¿Es usted alérgico o ha tenido alguna reacción a lo siguiente?

	Si	No	Si es así, ¿cuál fue la reacción?
Anestésicoas Locales (ej. Lidocaína o Septocaína)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Penicilina/Amoxicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otros Antibióticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otros Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Barbitúricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sedantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Algún metal (ej. níquel, mercurio, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Goma Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Codeína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tinturas Rojas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otras Alergias:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\_\_\_\_\_ (iniciales del paciente/guardián) Admito que la información anterior es correcta.

 Iniciales del Doctor  Fecha

## Historial Médico del Paciente

?

	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>		<input type="checkbox"/>	<b>No</b>		<b>Yes</b>	<b>No</b>
Prolapso de Válvula Mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad o insuficiencia Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia/Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía al Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implante/Reemplazo de Articulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque Cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Cuello/Espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo al Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terapia de Radiación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de Pecho/Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terapia de Radiación Químico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasos Cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liver Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre de Heno/Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Arterial Baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jaundice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emfisema/EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stomach/Intestinal Troubles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coágulos de Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acid Reflux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinchazón de Tobillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulcers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección de SIDA o VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Transmisión Sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autism	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida Reciente de Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes Simple Virus 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other(please list below)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Please list any specific conditions or information that may pertain to your diagnosis above(example, if diabetic A1C Number):

---



---

### Patient Dental History

Name of Previous Dentist & Location: \_\_\_\_\_ Date of Last Exam: \_\_\_\_\_

Preferred Pharmacy & Location: \_\_\_\_\_

- |   | Yes                      | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Are your teeth important to you?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Do you feel pain in any of your teeth?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Do you clench or grind your teeth?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Have you had any head, neck, or jaw injuries?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Do you have any swelling in jaw or mouth?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Are your teeth sensitive to hot or cold liquids/foods? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

What are your overall expectations/goals for your oral health? \_\_\_\_\_

### Authorization and Release

I certify that I have read and understand the above information to the best of my knowledge. The above questions have been accurately answered. I understand that providing incorrect information can be dangerous to my health. I authorize the dentist to release any information including diagnosis and the records of any treatment or examination rendered to me or my child during the period of such Dental care to third party payors and/or health practitioners. I authorize the dental provider to reach out to a physician. I authorize and request my insurance company to pay directly to the dentist or dental group insurance benefits otherwise payable to me. I understand that my dental insurance carrier may pay less than the actual bill for services. I agree to be responsible for payment of all services rendered on my behalf or my dependents.

\_\_\_\_\_  
 Signature of patient (or parent/guardian if minor)

\_\_\_\_\_  
 Date