

HISTORIA DENTAL

Porque viene al ortodoncista hoy?: _____

Sufre de dolor en este momento? Si No

Actualmente, su salud dental es: Buena Justa Mala

Ha tenido alguna vez, dificultades?serios problemas

Asociados con trabajos dentales anteriormente? Si No

Ha tenido dolor o sesibilidad En la Mandibula (TMJ/TMD)?

Si No

Le complace su sonrisa? Si No

Sus Encias Sangran? Si No

Cuantas veces a la semana usa hilo dental? _____

Al dia se cepilla?_____

Tipo de cepillo?: Duro Medio Suave

HISTORIA MEDICA

Tiene un doctor personal? Si No

Nombre:_____

Telefono #:_____ Ultima visita:_____

Su salud fisica se: Buena Justa Mala

Esta al cuidado de un doctor? Si No

Explique: _____

Esta tomando drogas prescritas? Si No

SOLO PARA MUJERES:

Esta tomando pildora de natalidad Si No

Esta embarazada? Si No Semana #: _____

Esta amamantando? Si No

HA TENIDO ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS MEDICOS?

Si	No		Si	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prothesis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Historia de Fiebre Scari
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque al Cor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deficiencia del Corazon
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia Convulsion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangradi Abnormal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Valvula Artificial
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Operacion Corazon Cont
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estuve en el Hospital
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Higado/Rinon
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso Valvula Mitral
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Huesos Art. Artificial
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Espinillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sever/Freq dolor Cabeza
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre Ampol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta/B Presion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermd Ven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuso de Drogas Alcol
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulcera Colotis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfucion de Sangre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Murmuro Co	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia Rad Tratamiento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Efisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis Prob	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema de Respiracion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros: _____			

Esta tomando alguna de estas?

Si	No		Si	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asprina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erytromicina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Codeina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anesteticos Dentales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tetraciclina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Penicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros: _____

Nuestra oficina se compromete iienar o exceder estandares de control de infection Mandados por OSHA, CDC y ADA.

Yo entiendo que la informacion he dado de acuerdo a mi conocimiento es correcta y que se Mantendra en la mas estricta confidencialidad, que es my responsabilidad el informar a esta oficina de Cualquier cambio en el estado medico de mi nino. Yo tambien autorizo al personal dental que realice el Service dental que mi nino necesite..

FIRMA DE EL PADRE/TUTOR: _____ FECHA: _____

El padre or tutor que acompaña al nino es responsable de el pago al tiempo que estos se reciban a Menos que otros arreglos se hayan hecho antes de que se hayan aprobado.

SOLO PARA LA OFIDINA – SOLO PARA LA OFIDINA – SOLO PARA LA OFIDINA

Yo he revisado verbalmente la informacion medica/ Dental con el padre o tutor y paciente presente.

Iniciales: _____ Fecha: _____

Comentarios de el Doctor: _____

Historia Media Actualizada:

Fecha: _____ Firma: _____

Comentarios: _____

Fecha: _____ Firma: _____

Comentarios: _____