

Historial Médico

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___

Teléfono: _____

Es el paciente:

¿Actualmente está bajo el cuidado de un médico? S N
En caso afirmativo, ¿cuál es la afección que se está tratando?

Correo electrónico: _____

Tiene el paciente:

¿Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha estado hospitalizado en los últimos cinco años? S N
Si es así, explique _____

Nombre del médico: _____

Teléfono del médico: _____

¿Al día con las vacunas? S N

¿Actualmente toma algún medicamento? S N

En caso afirmativo, enumere: _____

¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello? S N

Si es así, explique _____

¿Farmacia preferida? _____

¿Alguna vez se ha quejado de molestias en la TMJ? S N

Alergias

- Aspirina
- Codeína
- Anestésico dental
- Eritromicina
- Yodo
- Látex
- Metales
- Gas hilarante/óxido nitroso
- Penicilina
- Plástica
- Tinte rojo
- Sulfamidas
- Tetraciclina
- Alergias de alimentos: _____
- Otro: _____

Historial Médico

- ADD/ADHD (TDAH)
- SIDA/Infección por VIH
- Anafilaxia
- Anemia
- Artritis
- Articulaciones o válvulas artificiales
- Asma
- Autismo o trastorno sensorial
- Problemas de comportamiento
- Cáncer
- Enfermedad celiaca
- Labio leporino/paladar hendido
- Defecto cardiaco congenito
- Anomalías craneofaciais
- Diabetes tipo 1
- Diabetes tipo 2
- Depresión/Ansiedad
- Abuso de drogas o alcohol

- Desorden alimenticio
- Enfisema EPOC
- Epilepsia
- Desmayo
- Ampollas de fiebre
- Tos frecuente
- Dolores de cabeza frecuentes
- La discapacidad auditiva
- Mutación genética
- Ataque al corazón
- Soplo cardíaco
- Cirugía de corazón
- Hemofilia
- Hepatitis
- Alta presión sanguínea
- Hipoglucemia
- Problemas de riñón
- Enfermedad del hígado
- Presión arterial baja
- Marcapasos
- Dolor de mandíbula
- Cuidado psiquiátrico
- Radiación
- Convulsiones
- Enfermedad del herpes zoster
- Enfermedad de célula falciforme
- Problema sinusal
- Problemas estomacales
- Carrera
- Problema de tiroides
- Tuberculosis
- Ulceras
- Otra: _____

Hábitos de Pediatría

- ¿Molienda los dientes?
- ¿Respira por la boca?
- ¿Se chupa los labios?
- ¿Se muerde las uñas?
- ¿Tiene el hábito del biberón?
- ¿Ronca en la noche?
- ¿Tiene el hábito del chupete?
- ¿Se chupa el dedo pulgar?

Entiendo que la información anterior es necesaria para brindar atención dental de manera segura y eficiente. He respondido todas las preguntas a lo mejor de mi conocimiento. Notificaremos al médico sobre cualquier cambio en mi salud o medicamentos

Paciente o Tutor: _____

Hecha: _____