



Historial médico y dental

Consultorio: ☐ **Grand Prairie**
(972) 262-5593

☐ **Arlington**
(682) 284-1120

☐ **Commerce**
(903) 246-4424

☐ **Paris**
(903) 609-0567

Su salud general influye en su atención dental. Por favor conteste todas las preguntas. Sus respuestas son confidenciales.

Nombre del paciente (nombre y apellido)

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Su médico

Nombre del médico

Teléfono

Fecha de su último examen físico

¿Está actualmente bajo tratamiento médico?

☐ Sí

☐ No

Si contestó sí, ¿por qué motivo?

¿Ha estado hospitalizado(a) o ha tenido alguna cirugía en los últimos 5 años?

☐ Sí

☐ No

Si contestó sí, por favor explique

¿Algún médico o dentista le ha indicado tomar antibióticos antes de un tratamiento dental (premedicación)?

☐ Sí

☐ No

Si contestó sí, ¿por qué condición?

Medicamentos

Incluya medicamentos con receta, medicamentos sin receta, vitaminas y suplementos.

☐ No tomo ningún medicamento

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Motivo



Alergias

Marque todo lo que le cause alergia.

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Sin alergias conocidas | ☐ Látex | ☐ Codeína u otros opioides |
| ☐ Penicilina | ☐ Anestesia local | ☐ Metales (como níquel) |
| ☐ Otros antibióticos | ☐ Aspirina o ibuprofeno (AINE) | ☐ Otro (indique abajo) |

Otras alergias y la reacción que tuvo

Condiciones médicas

Marque cualquier condición que tenga ahora o que haya tenido.

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Enfermedad del corazón | ☐ Anticoagulantes | ☐ Cáncer |
| ☐ Infarto | ☐ Anemia | ☐ Radiación o quimioterapia |
| ☐ Válvula cardíaca artificial | ☐ Diabetes | ☐ Medicamento para osteoporosis* |
| ☐ Defecto cardíaco congénito | ☐ Enfermedad de la tiroides | ☐ Articulación artificial |
| ☐ Endocarditis infecciosa | ☐ Asma o EPOC | ☐ Apnea del sueño |
| ☐ Marcapasos o desfibrilador | ☐ Enfermedad de los riñones | ☐ Ansiedad o depresión |
| ☐ Presión arterial alta | ☐ Enfermedad del hígado o hepatitis | ☐ Reflujo ácido (ERGE) |
| ☐ Presión arterial baja | ☐ VIH / SIDA | ☐ Tabaco o vapeo |
| ☐ Derrame cerebral | ☐ Tuberculosis | ☐ Consumo de alcohol |
| ☐ Trastorno de sangrado | ☐ Convulsiones o epilepsia | ☐ Uso de drogas recreativas |

* Como bifosfonatos (Fosamax, Boniva, Reclast) o denosumab (Prolia). Por favor indíquelo aunque ya no lo tome.

Otras condiciones o detalles

Mujeres: ¿está embarazada o amamantando? ☐ Sí ☐ No

Si está embarazada, ¿cuántas semanas tiene?

Historial dental

¿En qué le podemos ayudar?

Marque lo que corresponda:

- | | |
|--|--|
| ☐ Dientes sensibles (frío, calor, dulces) | ☐ Ha usado brackets o alineadores |
| ☐ Encías que sangran | ☐ Nervios en las citas dentales |
| ☐ Dolor o chasquido en la mandíbula | ☐ Mala experiencia dental anterior |
| ☐ Aprieta o rechina los dientes | ☐ No me gusta cómo se ve mi sonrisa |



Fecha de sus últimas radiografías dentales

Fecha de su última limpieza

¿Hay algo más que quiera que sepa el dentista?

Firma

Certifico que he contestado estas preguntas correctamente según mi leal saber y entender. Avisaré al consultorio sobre cualquier cambio en mi salud o mis medicamentos.

Firma del paciente o del padre, madre o tutor

Fecha

Nombre en letra de molde

Parentesco con el paciente

Solo para uso del consultorio

Revisado por (dentista)

Fecha

Fecha de actualización

Iniciales del paciente

Iniciales del dentista