

6 Historia Dental

Describe cualquier problema dental que tengas _____

Es su primera vez visitando una dentista? _____

Quien era su dentista antes? _____

Que realizo el dentista en aquella visita? _____

Hubo problemas durante el tratamiento? _____

Marca la respuesta si o no en el cuadro a las siguientes preguntas:

Mal aliento? Si No Boca seca Si No Sangra la encia? Si No

Duele la lengua? Si No Duele la encia? Si No Dientes Flojos? Si No

Sensitivo a frio? Si No Sensitivo a calor? Si No Se Fuma? Si No

Se escucha un ruido cuando abre y cierre la boca? Si No

Cuantas veces se cepilla? _____ Cuantas veces se pasa hilo dental? _____

7 Informacion Medica

Por favor contesta todas la preguntas, marca la respuesta si o no en el cuadro.

Sidas Si No

Soplo en el corazon? Si No

Derrames Cerebrales Si No

Dolor en el pecho Si No

Anemia Si No

Problemas de la sangre Si No

Sangre Continuo Si No

Ataques epilepticos Si No

Artritis Si No

Diabetis Si No

Enfermedad de los pulmones Si No

Tratamiento por tumores Si No

Fiebre Reumatica Si No

Sufre de presion alta Si No

Asma Si No

Le falta la respiracion Si No

Tobillos hinchados Si No

Hepatitis Si No

Desmayos Si No

Enfermedad del higado Si No

Problemas con los rinones Si No

Tuberculosis Si No

Tos persistente Si No

Bebe bebidas alcoholicas Si No

Usted o miembros de su familia tiene algun problema de salud? _____

Quien es su Doctor? _____

Mujeres Solamente:

Usted esta embarazada o lactando? _____

Este certifica que yo entiendo y consiento que el doctor realiza los procedimientos dentales que sean necesarias, y yo acepto el responsibilidad.

Firme: _____ Fecha: _____