

## 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: \_\_\_\_\_