

HISTORIA DENTAL

Cuando fue su ultima visita al dentista? _____
Que tratamiento recibio? _____
Porque usted solicita tratamiento dental? _____
Tiene dolor in sus dientes? _____ Sensible a calientes, frios, dulces? _____ Sus encias sangran? _____
Ha tenido complicaciones durante extracciones en el pasado? _____ E _____
Le gusta la apariencia de sus dientes? _____ Si _____ No

HISTORIA MEDICO

Como esta su salud en general? _____ excelente _____ bueno _____ malo
Quien es su doctor general? Dr. _____
Direccion _____ Telefono _____
Ha tenido alguna enfermedad grave? _____ Si _____ No
Ha estado usted hospitalizado (a) ? _____ Si _____ No
Ha tomado alguna droga o medicina durante este ano? _____ Si _____ No
Es usted alergico(a) a la penicilina, otra droga o medicina? _____ Si _____ No
Fuma o ha fumado? _____ Si _____ No

TIENE USTED O HA TENIDO ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> problemas cardiacos | <input type="checkbox"/> alergias | <input type="checkbox"/> doencias do figado |
| <input type="checkbox"/> marcapasso cardiaco | <input type="checkbox"/> tratamiento psiquiatrico | <input type="checkbox"/> tiroide |
| <input type="checkbox"/> valvula artificial del corazon | <input type="checkbox"/> desmaios | <input type="checkbox"/> doencias de pele |
| <input type="checkbox"/> lesiones cardiacas congenitas | <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> doencias venereas |
| <input type="checkbox"/> soplo del corazon | <input type="checkbox"/> artritis | <input type="checkbox"/> herpes |
| <input type="checkbox"/> fiebre reumatica | <input type="checkbox"/> tratamiento de cancer | <input type="checkbox"/> SIDA |
| <input type="checkbox"/> presion arterial alta | <input type="checkbox"/> tumores | <input type="checkbox"/> hepatitis |
| <input type="checkbox"/> presion arterial baja | <input type="checkbox"/> problemas del rinon | <input type="checkbox"/> glaucoma |
| <input type="checkbox"/> colesterol | <input type="checkbox"/> reemplazo de la juntura | <input type="checkbox"/> tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> asma | <input type="checkbox"/> sinusitis | <input type="checkbox"/> depresion |
| <input type="checkbox"/> ulcera(estomago/intestino) | <input type="checkbox"/> epilepsia | <input type="checkbox"/> embarazada |
| <input type="checkbox"/> derrame cerebral | <input type="checkbox"/> enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> otros |

Si usted tiene alguna de las enfermedades acima explique _____

Autorizo al personal de Unique Dental Care para que suministre el tratamiento dental que sea necesario.

Firma del paciente _____ Fecha _____
Firma del paciente o padre si es menor de edade _____ Fecha _____
Revisado por _____ Fecha _____