

Contacto en caso de emergencia _____ al telefono () _____ - _____

1. Se encuentra bajo cuidado medico? Si No Si, explique: _____
Nombre del Medico/Hospital _____ **Numero de Telefono** () _____ - _____
2. Ha sido hospitalizado o intervenido quirurgicamente? Si No Si, explique: _____
3. Ha sufrido lesiones de cabeza o cuello? Si N Si, explique: _____
4. Esta tomando medicamentos, pastillas, u otras drogas? Si No Si, cuales: _____
-
5. Fuma o mastica tabaco? Si No Cuanto al dia? _____ Por cuantos años? _____
6. Utiliza sustancias controladas? Si No
7. Tiene historial de abuso al alcohol o a las drogas? Si No
8. **7A.** Si lo tiene, ha estado en un programa de rehabilitacion? Si No N/A

Solo para mujeres:

10. Embarazada? Si No 11. Toma anticonceptivos orales? Si No 12. Lactando? Si No

Es usted alergico a cualquiera a los siguientes?

14. Aspirina 15. Penicilina 16. Codeina 17. Acrilico 18. Metal 19. Latex
 20. Otro _____

Tiene algunas de las siguientes condiciones medicas?

22	Valvula cardiaca artificial	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
23	Endocarditis infecciosa	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
24	Daño en valvula cardiaca	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
25	ECC (cardiaca congenita)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
26	Enfermedad cardiovascular	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
27	Infarto del miocardio	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
28	Soplo cardiaco	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
29	Prolapso de valvula mitral	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
30	Marcapasos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
31	Arritmia cardiaca	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
32	Angina	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
33	Insuficiencia cardiaca	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
34	Arterioesclerosis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
35	Presion arterial alta	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
36	Presion arterial baja	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
37	Fiebre reumatica	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
38	Sangramiento anormal	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
39	Anemia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
40	Hemofilia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
41	Transfusion sanguinea	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
42	Anemia falciforme	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
43	SIDA o VIH	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
44	Enfermedad autoinmune	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
45	Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
46	Lupus Eritematoso	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
47	Artritis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
48	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
49	Protesis Articular	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
50	Asma	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
51	Bronquitis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
52	Enfisema	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
53	Sinusitis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
54	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
55	Cancer/Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
56	Dolor cronico	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
57	Diabetes Tipo I o II	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
58	Perdida de peso severa	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
59	Enf. gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
60	Alteracion de la tiroides	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
61	Enf. paratiroidea	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
62	Hepatitis A, B o C	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
63	Dialisis renal	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
64	Infarto cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
65	Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
66	Cuidado psiquiatrico	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
67	Afecciones neurologicas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
68	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
69	Alteraciones renales	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
70	Herpes	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
71	Transplante de organo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
72	Otro: _____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Información Dental:

- | | Si | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 74. Le sangran las encias cuando se cepilla o cuando usa seda dental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 75. Le duelen los dientes con el frio, calor, con los dulces o al presionar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 76. Sufre de boca seca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 77. Ha tenido algun tratamiento periodontal (de la encia)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 78. Ha tenido tratamientos de ortodoncia (con aparatos)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 79. Ha tenido algun problema asociado con un tratamiento dental anterior? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 80. Tiene dolor o molestias dentales en este momento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 81. Sufre de dolor de oidos o de cuello? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 82. Tiene algun ruido, salto o molestia en la mandibula? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 83. Tiene bruxismo o hace rechinar los dientes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 84. Tiene lesiones o ulceras en su boca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 85. Usa dentaduras (placas) completas o parciales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Yo autorizo a Joseph P. DDS Nore y Asociados a que lleven acabo los servicios dentales necesarios que yo (o el paciente bajo mi cuidado) requiera. Entiendo que cualquier información incompleta o incorrecta puede poner mi salud (o la del paciente bajo mi cuidado) en peligro. Tengo la responsabilidad de informar a la oficina dental de cualquier cambio en mi estado medico.

Fecha

Firma del Paciente o Guardian

Firma del Doctor