

**FORMULARIO DE HISTORIA MEDICA DENTAL  
ADULTO**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_  
ULTIMO PRIMERO SEGUNDODirección: \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Email del paciente (correo electrónico): \_\_\_\_\_

Email de la persona responsable (correo electrónico): \_\_\_\_\_

Método del recordatorio de la cita:  Email  Texto: (\_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ /servicio de teléfono: \_\_\_\_\_**INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE**Nombre: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
ULTIMO PRIMERO SEGUNDODirección de casas: \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTALDirección postal: \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

¿Cuánto tiempo vivido en esta dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Dirección anterior (Si menos de 3 años): \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Años empleado: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Nombre del esposo(a): \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Empleador del esposo(a): \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Años empleado: \_\_\_\_\_

Seguro Social del esposo(a) #: \_\_\_\_\_ del esposo(a) Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # del seguro social del asegurado: \_\_\_\_\_

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_

Grupo #: \_\_\_\_\_ No. Local: \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía del seguro: \_\_\_\_\_

¿Tiene cobertura doble:  Sí  No En caso afirmativo, continuar:

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # del seguro social del asegurado: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ No. Local: \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía del seguro: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE EMERGENCIA**

Nombre del familiar más cercano que no viva con usted: \_\_\_\_\_

Dirección completa: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Entiendo que, en su caso, se pueden obtener informes de la oficina de crédito. Entiendo y acepto que soy responsable de pago. Yo certifico que esta información es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

**Para las siguientes preguntas marca sí, no, o no se / entiendo (no se). Las respuestas son para los registros de la oficina solamente y será considerada confidencial. Una historia clínica detallada y completa es vital para una examinación adecuada.**

**Ahora o en el pasado, ha tenido:**

- Sí  No  No se Defectos de nacimiento o problemas hereditarios?
- Sí  No  No se Fracturas o accidentes graves?
- Sí  No  No se Condiciones reumatoideas o artríticas?
- Sí  No  No se Problema de endocrino o tiroides?
- Sí  No  No se Problemas renales?
- Sí  No  No se Diabetes? En caso afirmativo, Tipo I o Tipo II?
- Sí  No  No se Cáncer, tumor, la radioterapia o la quimioterapia?
- Sí  No  No se Úlcera estomacal o acidez?
- Sí  No  No se Polio, mononucleosis, la tuberculosis o la neumonía?
- Sí  No  No se Los problemas del sistema inmunológico?
- Sí  No  No se SIDA o VIH positivo?
- Sí  No  No se Hepatitis, ictericia o problemas de hígado?
- Sí  No  No se Desmayos, convulsiones, epilepsia o problemas neurológicos?
- Sí  No  No se Alteración de la salud mental o de conducta?
- Sí  No  No se Visión, oído, gusto o dificultades en el habla?
- Sí  No  No se Pérdida de peso recientemente, falta de apetito?
- Sí  No  No se Historia de trastorno de la alimentación (anorexia, bulimia)?
- Sí  No  No se Sangrado excesivo, o tendencia a moretones, anemia o trastorno de sangre?
- Sí  No  No se Alta o baja presión de la sangre?
- Sí  No  No se Se cansa fácilmente?
- Sí  No  No se Dolor en el pecho, falta de aliento o inflamación de tobillos?
- Sí  No  No se Problema cardiovascular (enfermedad cardíaca, ataque cardíaco, angina de pecho, insuficiencia coronaria, arteriosclerosis, apoplejía, innata defectos cardíacos, soplo cardíaco o enfermedad cardíaca reumática)?
- Sí  No  No se Trastorno de la piel?
- Sí  No  No se Usted come una dieta equilibrada?
- Sí  No  No se Frecuentes dolores de cabeza, resfríos o dolores de garganta?
- Sí  No  No se Condición de los ojos, los oídos o la garganta?
- Sí  No  No se Condición de amígdalas o adenoides?
- Sí  No  No se Fiebre del heno, el asma, la sinusitis?
- Sí  No  No se Osteoporosis?

**Las alergias o reacciones a cualquiera de los siguientes:**

- Sí  No  No se Látex (guantes, globos)
- Sí  No  No se Metales (joyas, ropa de encaje)
- Sí  No  No se Anestésicos locales, como la lidocaína
- Sí  No  No se Acrílico
- Sí  No  No se Medicamentos (especifique) \_\_\_\_\_
- Sí  No  No se Comidas (especifique) \_\_\_\_\_
- Sí  No  No se otras sustancias (especificar) \_\_\_\_\_
- Sí  No  No se Esta tomando medicamentos, suplementos nutricionales, medicamentos a base de hierbas medicadas o medicamentos sin receta? En caso afirmativo, nombre de ellos:

Medicación \_\_\_\_\_ Tomado para \_\_\_\_\_  
Medicación \_\_\_\_\_ Tomado para \_\_\_\_\_

- Sí  No  No se Actualmente tiene o alguna vez ha tenido un problema de abuso de sustancias?
- Sí  No  No se Usted fuma o mastica tabaco?
- Sí  No  No se Operaciones? Describa: \_\_\_\_\_
- Sí  No  No se Hospitalizados? Razon: \_\_\_\_\_
- Sí  No  No se Estas en tratamiento con otro profesional de cuidado de la salud? En caso afirmativo, para: \_\_\_\_\_
- Sí  No  No se Otros problemas físicos o síntomas? Describa: \_\_\_\_\_

¿Hay alguna otra condición médica (incluyendo las condiciones médicas de la familia) que debemos tener en cuenta? \_\_\_\_\_

¿Quién le podemos agradecer por referir a usted nuestra oficina: \_\_\_\_\_

Nombre del dentista general: \_\_\_\_\_

**Ahora o en el pasado, ha tenido:**

- Sí  No  No se Extrajeron dientes permanentes o "extra" (supernumerarios)?
- Sí  No  No se Supernumerario (extra) o ausencia congénita de dientes?
- Sí  No  No se Astillado o víctimas de otros traumas de dientes de leche o dientes permanentes?
- Sí  No  No se Dientes sensibles al calor o al frío, la latido o al dolor?
- Sí  No  No se Fracturas de mandíbula, quistes o infecciones bucales?
- Sí  No  No se "Dientes muertos" o tratamiento de endodoncia?
- Sí  No  No se Encías sangrantes, mal sabor de boca o mal aliento?
- Sí  No  No se Periodontales "problemas en las encías"?
- Sí  No  No se Impactación de alimentos entre los dientes?
- Sí  No  No se Inflamación de las encías, úlceras bucales frecuentes o el herpes labial?
- Sí  No  No se ¿Hábito de chupar dedos? ¿Hasta qué edad? \_\_\_\_\_
- Sí  No  No se Hábito de deglución anómala (sacar la lengua)?
- Sí  No  No se Historia de problemas del hablar?
- Sí  No  No se Hábito de respiración de boca, el ronquido o la dificultad para respirar?
- Sí  No  No se Rechinamiento de dientes, clic o bloqueo de la mandíbula?
- Sí  No  No se Cualquier dolor en la mandíbula o zumbido en los oídos?
- Sí  No  No se Cualquier dolor o malestar en los músculos de la cara o alrededor de los oídos?
- Sí  No  No se Dificultad encontrada en la apertura al masticar o la mandíbula?
- Sí  No  No se ¿Alguna vez han tratado por problemas de "ATM" o "TMD"?
- Sí  No  No se Consciente de restauraciones sueltas, rotas o faltantes (empastes)?
- Sí  No  No se Dientes irritando la mejilla, los labios, la lengua o el paladar?
- Sí  No  No se Preocupado por espacios en los dientes torcidos o que sobresalen?
- Sí  No  No se Consciente o preocupado por mandíbula subdesarrollada o superdesarrollada?
- Sí  No  No se Cualquier pariente con relaciones similares de dientes o mandíbula?
- Sí  No  No se Cualquier problema con la muela del juicio?
- Sí  No  No se Ha tenido tratamiento periodontal (de las encías)?
- Sí  No  No se Tenido problemas serios asociados con cualquier anterior tratamiento dental?
- Sí  No  No se Ha tenido alguna vez un examen de ortodoncia previa o tratamiento?
- Sí  No  No se Has estado bajo el cuidado de otro dentista?
- Sí  No  No se Has estado bajo el cuidado de otro especialista dental?
- Sí  No  No se Tendría objeción a usar aparatos de ortodoncia (frenos) en caso de que se indicarán?

**Mujeres Solamente**

- Sí  No  No se ¿Estás embarazada?
- Sí  No  No se ¿Estás anticipando embarazo?

Yo entiendo que la información que he dado de acuerdo a mi conocimiento es correcta, y que se mantendrá en la más estricta, confidencialidad y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio de mi estado médico.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Doctor : \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_