Questionario Sobre Salud

Historial Medico

Nombre del paciente:_____

Dentista anterior:_____

¿Ultima cita dental:_____¿Fecha de las ultimas radiografías:_____

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes?:_____Hilo?:_____

Por favor, marque todas las que correspondan

[ ]Mal aliento
[ ]Sangrado de las encías
[ ]Ampollas en los labios y la boca
[ ]Sensación de ardor en la lengua
[ ]Mastique en un lado de la boca
[ ]Cigarrillo/Tubo/cigarro fumadores
[ ]Al hacer clic o reventar mandíbula
[ ]Boca seca
[ ]Morderse las uñas
[ ]Respirar por la boca
[ ]Colección de alimentos entre los dientes
[ ]Objetos extraños
[ ]Rechinar los dientes
[ ]Encías hinchadas o sensibles
[ ]Dolor en la mandíbula
[ ]Cansancio Mandíbula
[ ]Morder labios o las mejillas
[ ]Dientes flojos / empastes rotos
[ ]Dolor de la boca, al cepillar
[ ]Tratamiento de ortodoncia
[ ]Dolor alrededor del oído
[ ]Tratamiento periodontal
[ ]Sensibilidad al frío
[ ]Sensibilidad al calor
[ ]Sensibilidad a los dulces
[ ]Sensibilidad a morder
[ ]Llagas/Crecimientos en la boca

Historial médico

Nombre del médico:_____Fecha de la última visita:_____

Alguna vez ha tomado medicamentos que contienen bifosfonatos ? Esto incluye marcas como Fosomax , Actonel , dibronel, Boniva Aredia y Zometes . [ ]Si [ ] No

Por favor, marque todas las que correspondan

[ ] SIDA / VIH
[ ] Anemia
[ ] Artritis, reumatismo
[ ] Articulaciones artificiales
[ ] Asma, uso del inhalado[ ]Si [ ]No
[ ] Problemas de espalda
[ ] El sangrado anormal, con extracciones o cirugia
[ ]Enfermedad arterial
[ ]Cáncer, Tipo_____
[ ]Dependencia Química
[ ]Quimioterapia , Cuando_____
[ ] Problemas circulatorios
[ ] Lesiones congénitas del corazón
[ ] Tratamiento de cortisona
[ ] Tos , persistente / con sangre
[ ] Diabetes
[ ] Mareos
[ ] Enfisema
[ ] Epilepsia
[ ] Desmayo
[ ] Glaucoma
[ ] Dolores de cabeza
[ ] Soplo al corazon
[ ] Problemas del corazón
[ ] Hepatitis, Tipo_____
[ ] Herpes
[ ] Presión alta
[ ] Ictericia
[ ] Dolor en la mandíbula
[ ] Enfermedad del riñón
[ ] Enfermedad del higado
[ ] Presión arterial baja
[ ] Problemas nerviosos
[ ] Marca Pasos
[ ] Atención Psiquiátrica
[ ]Pérdida de peso / ganancia
[ ] Apnea del sueño
[ ] Ronquido
[ ] Escarlatina
[ ] Falta de aliento
[ ] Sinusitis
[ ] Erupción cutanea
[ ] Dieta especial
[ ] Infarto Cerebral
[ ] Pies hinchados / tobillos
[ ] Inflamación de las glándulas del cuello
[ ] Problemas de tiroides
[ ] Amigdalitis
[ ] Tuberculosis
[ ] Tumor o crecimiento en la cabeza o el cuello
[ ] Úlcera
[ ] Enfermedad venérea
[ ] Enfermedad respiratoria

¿Usted usa lentes de contacto?[ ]Si [ ]No
¿Estás embarazada? [ ]Si [ ]No Due Date:_____
¿Duerme bien por la noche?[ ]Si [ ]No
¿Está tomando píldoras anticonceptivas? [ ]Si [ ]No
¿Amamantando[ ]Si [ ]No
¿Ronca al dormir? [ ]Si [ ]No

Medicamentos

Haga una lista de los medicamentos que está tomando actualmente:_____
_____
_____

Alergias

[ ] Aspirina
[ ] codeína
[ ] Anestésicos dentales
[ ] Eritromicina
[ ] Látex
[ ] Metales
[ ] penicilina
[ ] Sulfa
[ ] Tetraciclina
[ ] Otro_____
_____

Firma:_____Fecha :_____Revisado por:_____

(Firma de los padres para los pacientes menores de edad)

Actualización de historial medico

Firma:_____Fecha de la cita :_____