



706 North Azusa Avenue, Azusa, CA 91702  
 Telephone Number (626) 334 7310  
 Fax Number (626) 334 7311

### Historia Dental

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Anote todas los medicamentos que esta tomando.(incluso los que se venden sin receta)

- 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 4) \_\_\_\_\_ 5) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_

Nombre de Medico: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

**Historia Dental:** Marque No o si tiene algunos de los siguientes sintomas o enfermedades?

N	Y	Mal Aliento	N	Y	Encias hinachadas o tiemas	N	Y	Sensibilidad al frio
N	Y	Encias que sangram	N	Y	Dolor de quijada/apieta los dientes	N	Y	Sensibilidad a lo caliente
N	Y	Ampollas en los labios o boca	N	Y	Muerde los labois o las mejillas	N	Y	Sensibilidad con lo dulce
N	Y	Sensacion de ardor en la lengua	N	Y	Dientes flojos o rellenos que brados	N	Y	Sensibilidad a morder
N	Y	Mastica en un lado de su boca	N	Y	Respiracion por la boca	N	Y	Bultos a llagus en la boca
N	Y	Usted fuma o usa productos tabaco	N	Y	Dolor de boca al cepillar	N	Y	Ha tenido usted una experencia desagradable con tratamiento dental anteriormente?
N	Y	Sequedad de la boca	N	Y	Dolor alrededor			
N	Y	Muerde las unas	N	Y	Tratamiento Orthodoncia			
N	Y	Rechinan los dientes	N	Y	Enfermedad de las encias			

Explique: \_\_\_\_\_

Nombre de Dentista Anterior: \_\_\_\_\_

Como se dio cuenta de nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Porque viene usted al dentista? \_\_\_\_\_

**Historia Medica:** (Alertas Medicas) Marque No/Si a cualquiera de los siguientes sintomas o enfermedades?

N	Y	Anemia	N	Y	Usando Marcapasos
N	Y	Artritis	N	Y	Enfermedad Contagioso
N	Y	Conyuntura Artificial	N	Y	Tomas medicamento antes el dentista
N	Y	Asma	N	Y	Falta del aliento
N	Y	Sangria abnormal con extracciones	N	Y	Problemas sinusitis
N	Y	Enfermedad de la sangre/Hemofilia	N	Y	Tratamiento con esteroides
N	Y	Cancer/Tumor	N	Y	Ataque de paralisis
N	Y	Dependencia Quimica/Drugas	N	Y	Enfermedad del tiroides
N	Y	Tos cronica,persistente o sangriento	N	Y	Tuberculosis
N	Y	Diabetis	N	Y	Perdida de peso inexplicada
N	Y	Convulsiones/ataques epilepticos	N	Y	Mujeres?Esta embarazada
N	Y	Dolor de cabeza	N	Y	Mitral Valve Prolapse
N	Y	Problemas de corazon/sopio cardiaco	N	Y	Dolor de espalda
N	Y	Pression alta o baja	N	Y	A tomado medicina Phen-Fen
N	Y	Sida o infeccion por HIV	N	Y	Hospitalizado en los ultimas 3 anos? Explique
N	Y	Enfermedad del rinon	N	Y	Tiene otras enfermedades? Explain
N	Y	Enfermedad del higado/Hepatitis			
N	Y	Nerviosismo/Problemas Psiquiatrico			
N	Y	Problems Respiratorios/Enfisema			
N	Y	Fiebre reumatica			
					Alergia a Aspirina ____, Sulfamidas ____, Latex ____, Penicillina ____, Codeine ____, Otro __

Paciente/Padre Firma \_\_\_\_\_

Dentista Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_