

# CAMINO HEALTH CENTER

## RAZÓN DE LA VISITA Y HISTORIAL DE SALUD DENTAL

### CONFIDENCIAL

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Para la visita dental de hoy, por favor marque TODAS las casillas que correspondan:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mal aliento                              | <input type="checkbox"/> Tratamiento periodontal                            |
| <input type="checkbox"/> Encías sangrantes                        | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al frío, cliente, dulce, aire (rodea) |
| <input type="checkbox"/> Truena de mandíbula                      | <input type="checkbox"/> Sensibilidad cuando muerde o mastica               |
| <input type="checkbox"/> Colección de alimentos entre los dientes | <input type="checkbox"/> Llagas, ampollas o crecimiento en la boca          |
| <input type="checkbox"/> Rechinar los dientes                     | <input type="checkbox"/> Problema/pregunta de la dentadura                  |
| <input type="checkbox"/> Dientes flojos o rellenos rotos          | <input type="checkbox"/> Preguntas/problemas de implantes/puentes           |

¿Usted o su hijo/hija se cepillan los dientes?  Sí  No

¿Usted o su hijo/hija usan hilo dental?  Sí  No

### HISTORIA MÉDICA

Su última visita con médico: \_\_\_\_\_ Nombre de médico: \_\_\_\_\_

¿Ha cambiado su salud o la de su hijo/hija en los últimos 6 meses?  Sí  No Si Sí, explique \_\_\_\_\_

¿Usted o su hijo/hija actualmente toman medicamentos?  Sí  No Si Sí, lista \_\_\_\_\_

¿Han tenido usted o su hijo/hija alguna enfermedad u operación grave en los últimos 6 meses?  Sí  No Si Sí, explique \_\_\_\_\_

¿Usted o su hijo/hija alguna vez tuvieron una transfusión de sangre?  Sí  No

(Sólo para adultos) ¿Ha tomado alguna forma de drogas conocidas como "fen-phen?" Esto incluye combinaciones con lomin, Adipex, Fastin (Nombre de marca es fentermina), Pondimin (fenfluramina) and Redux (dexfenfluramina)  Sí  No

(Sólo para adultos) ¿Está tomando o programado para comenzar a tomar cualquiera de los siguientes medicamentos, alendronate (Fosamax®) o risedronate (Actonel®) para osteoporosis o la enfermedad de Paget?  Sí  No

(Sólo para mujeres) ¿Está embarazada?  Sí  No Si Sí, ¿Cuántos meses? \_\_\_\_\_

¿Amamantando?  Sí  No

¿Toma pastillas anticonceptivas?  Sí  No

### ALERGIAS

¿Usted of su hijo/hija tienen alguna de las siguientes alergias?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Látex                                | <input type="checkbox"/> Anestético local |
| <input type="checkbox"/> Aspirina                             | <input type="checkbox"/> Penicilina       |
| <input type="checkbox"/> Barbitúricos (pastillas para dormir) | <input type="checkbox"/> Sulfa            |
| <input type="checkbox"/> Codéina                              | <input type="checkbox"/> Otros _____      |

### FIRMA

La información en esta forma es exacta y completa a mi conocimiento. No hare responsable a mi dentista o cualquier miembro su personal responsable de los errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma de Paciente/Padre/Madre/Guardián \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del Doctor \_\_\_\_\_