



FAMILY PRACTICE DENTISTRY

Nombre del Paciente _____

Historia Médica

Form with columns Sí and No, containing questions about medical history such as doctor visits, allergies, and pregnancy status.

¿Eres alérgico a alguno de los siguientes?

Form with columns for Aspirina, Metal, Penicilina, Latex, Codeine, Anestesia Local, Acrflico, and Otro.

¿Tienes o tuviste alguno de los siguientes?

Large grid of medical conditions for selection, including SIDA, Alzheimer's, Anaphilaxis, Anemia, Arthritis, Angina, etc.

¿Tienes o tuviste una enfermedad seria que no esta en la lista? Sí No Si sí explique _____

Medicamentos: Por favor haga una lista de los medicamentos que actualmente toma incluyendo vitaminas, medicina sin receto.

Historia Dental

Indique si tiene cualquiera de los siguientes problemas

Grid of dental issues for selection, including Mal Aliento, Desgaste de Dientes, Rellenos Rotos, Sensitividad Alos Dulces, etc.

¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? ¿Con qué frecuencia se cepilla? Usas alguna otra cosa en casa (e.g. enjuagues mondadientes)?

Yo verifico que la informacion provista arriba es completa y verdadera hasta donde yo sepa.

Fecha

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Dentista