

Nombre del Paciente: _____

Historia Médica *Por favor encierra (S) para "sí" o (N) para "no", para cualquiera de lo siguiente:*

¿Ha visto a un médico o ha sido hospitalizado en los últimos dos años (incluyendo el embarazo)? S N

Si sí, por favor explique: _____

Nombre y teléfono del médico: _____

¿Toma antibióticos antes del tratamiento y limpiezas dentales? S N

¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades: válvula cardíaca artificial, Endocarditis Infecciosa previa, daños a las válvulas del corazón en trasplante de corazón, Enfermedad Coronaria del Corazón cianótica no reparada, Enfermedad Coronaria del Corazón Reparada con defectos residuales? S N

Alergias a los anestésicos o medicamentos tales como antibióticos, pastillas para el dolor, sedantes, aspirina; látex o metales? S N Si sí, por favor enliste _____

¿Está actualmente embarazada? S N Si sí, ¿Para cuándo está esperando dar a luz? _____

S N Presión arterial alta

S N Tuberculosis, problemas de la EPOC, pulmonares

S N Hepatitis A, B, C o D

S N SIDA o VIH

S N Sangrado excesivo o trastorno de la sangre

S N Diabetes

S N Diálisis ¿Qué día? L Ma Mi J V

S N Asma

S N Articulación Artificial ¿Cuándo? _____

Otras enfermedades no listadas arriba _____

S N Ataque del corazón o problemas del corazón

S N Dolor en el pecho con el ejercicio (angina de pecho)

S N Infarto

S N Enfermedad de la tiroides

S N Epilepsia, convulsiones o desmayos

S N Tumores, cáncer, tratamiento de radiación

S N Trastornos psiquiátricos

S N Tabaquismo ¿Cuánto? _____

S N Dependencia a Drogas/Alcohol

¿Qué recetas o medicamentos de venta libre, medicamentos, vitaminas o hierbas está tomando? Por favor, enliste: _____

Historia Dental

En una escala de 0 a 10, siendo cero el mínimo y diez siendo el mayor, por favor califique lo siguiente:

Qué tan saludable está su boca: _____ Ansiedad Dental: _____ Feliz con su Sonrisa: _____

¿Ha tenido algún problema asociado con el tratamiento dental anterior? _____

APNEA DEL SUEÑO

¿Siente que recibe una buena noche de sueño? S N

¿Le falta energía o se siente cansado durante el día? S N

¿Esta interesado en una evaluación de sueño? S N

He leído la información anterior y respondido con precisión. No voy a responsabilizar a Spring Dental de cualquier acción tomada o no tomada por errores u omisiones que pueda haber cometido en este formulario.

Firma del Paciente/Guardián: _____ Fecha: _____

Firma del Dentista/Higienista: _____ Fecha: _____