



Historial de salud dental

Nombre _____
No. de Id. _____
Fecha de nacimiento _____

Encierre en un círculo la respuesta que corresponda (Si o No). Sus respuestas se considerarán de índole confidencial.

1. ¿Padece usted (PACIENTE) o ha padecido (PACIENTE) de cualesquiera de los siguientes?

Table with 4 columns: Symptom/Condition, Si, No, and another Si/No column. Includes items like Fiebre reumática, Problemas del corazón, Presión alta, etc.

2. ¿Está usted (PACIENTE) actualmente bajo el cuidado de un doctor? De ser así, favor escribir el nombre del doctor _____ Si No

3. ¿Ha estado usted (PACIENTE) hospitalizado en el transcurso de los 2 últimos años? De ser así, ¿Por qué? _____ Si No

4. ¿Está usted (PACIENTE) actualmente tomando algún tipo de medicamento, píldoras o drogas? De ser así, favor escribálos _____ Si No

5. ¿Es usted (PACIENTE) alérgico o ha tenido reacciones adversas a una anestesia local (novocaína), penicilina o a drogas/píldoras? Esto es, salpullido, picazón o desmayo? De ser así, favor describir _____ Si No

6. ¿Ha llegado a tener usted (PACIENTE) una reacción adversa a algún tratamiento dental en el pasado? De ser así, favor describir _____ Si No

7. ¿Tiene usted (PACIENTE) actualmente dolor o problemas dentales? De ser así, favor describir _____ Si No

Doy fe de que he leído y entiendo las preguntas anteriores y he respondido a las preguntas de acuerdo a lo que sé. He pedido una explicación sobre los términos (palabras) desconocidos y mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente. No haré responsable a mi odontólogo(a) o a miembro alguno de personal debido a errores o a omisiones que pude haber cometido al llenar este formulario.

Además comprendo que antes de que se me brinde el tratamiento, tengo derecho a que me expliquen satisfactoriamente los beneficios, alternativas y factores de riesgo asociados con este tratamiento.

Firma del paciente _____ Fecha _____

(Si el paciente es un niño, debe firmar uno de los padres o el guardián legal) Parentesco _____

Comentarios del odontólogo: _____

Firma del odontólogo _____ Fecha _____

Revisión y actualización del historial de salud dental:

1. Comentarios:

Paciente: _____

Odontólogo: _____

Fecha _____ Firma del paciente _____ Firma del odontólogo _____

2. Comentarios:

Paciente: _____

Odontólogo: _____

Fecha _____ Firma del paciente _____ Firma del odontólogo _____

3. Comentarios:

Paciente: _____

Odontólogo: _____

Fecha _____ Firma del paciente _____ Firma del odontólogo _____

4. Comentarios:

Paciente: _____

Odontólogo: _____

Fecha _____ Firma del paciente _____ Firma del odontólogo _____

5. Comentarios:

Paciente: _____

Odontólogo: _____

Fecha _____ Firma del paciente _____ Firma del odontólogo _____

6. Comentarios:

Paciente: _____

Odontólogo: _____

Fecha _____ Firma del paciente _____ Firma del odontólogo _____

7. Comentarios:

Paciente: _____

Odontólogo: _____

Fecha _____ Firma del paciente _____ Firma del odontólogo _____