

INFORMACIÓN DENTAL

¿Le sangran las encías al cepillarse?	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Cómo describiría el problema dental que tiene ahora? _____ _____
¿Ha recibido tratamiento de ortodoncia (frenos en los dientes)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fecha de sus últimos rayos X dentales: _____
¿Tiene los dientes sensitivos al frío, calor, dulce o presión?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fecha de su últimos examen dental: _____
¿Tiene dolores de oído o de cuello?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Qué le hicieron esa vez? _____
¿Ha recibido tratamiento periodontal (de las encías)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Que piensa acerca de la apariencia de sus dientes? _____
¿Usa aparatos (prótesis) dentales removibles?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
¿Ha tenido alguna dificultad seria asociada con cualquier tratamiento dental anteriormente?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Si es así explique: _____		_____

INFORMACIÓN MÉDICA

Favor de marcar con (X) si ha tenido o no cualquiera de las siguientes enfermedades o problemas.

	Sí	No		Sí	No
Tuberculosis activa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usa tabaco (fuma, mastica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos persistente por más de tres semanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, ¿cuán interesado esta en cesar? (marque uno) Muy interesado / Algo / No tengo interé		
Tos que produce sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usa lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Es alérgico o ha tenido alguna reacción a:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se encuentra en buena salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anestésicos locales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha habido algún cambio en su salud general durante el pasado año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está al presente bajo el cuidado de un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Penicilina u otros antibióticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, ¿qué condición(es) se está tratando?			Lista: _____		
_____			Barbitúricos, sedantes, o píldoras para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			Medicinas de sulfa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha del último examen médico: _____			Codeína u otros narcóticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico(s): _____			Látex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha sufrido una enfermedad seria, una operación, o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, ¿cuál fue la enfermedad o el problema? _____			Fiebre del heno/en temporada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			Sulfitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está tomando o ha tomado recientemente alguna medicina incluyendo medicinas sin receta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Le han reemplazado completamente una articulación (cadera, rodilla, codo dedo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así qué medicinas está tomando? _____			Si contestó que sí, ¿ha enido alguna complicación o dificultad con la articulación protésica? _____		
Que receta: _____			_____		
_____			¿Le ha recomendado un médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de recibir tratamiento dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sin Recetas: _____			Si es así, ¿qué antibiótico, y qué dosis? _____		
_____			Nombre del médico o dentista*: _____		
Vitaminas, preparaciones naturales o hierbas medicinales, suplementos dietéticos: _____			_____		

FAVOR DE CONTESTAR AMBOS LADOS