

# North End Waterfront Health Dental Medical History

## DENTAL MEDICAL HISTORY

**Dental Record Number :** \_\_\_\_\_  
**Paciente, padre, o guardián del niño,**  
**Por favor conteste las preguntas a continuación.**  
**Esta historia medica ayudara a su dentista a**  
**darle el mejor cuidado posible**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Tel. No. (Casa) \_\_\_\_\_ (cel.) \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Seguro de salud \_\_\_\_\_  
 N. Seguro Social \_\_\_\_\_

### Cuestionario Medico

- 1 Tiene o ha tenido algún problema serio de salud? \_\_\_\_\_ **SI NO**
- 2 Esta o ha tomando recientemente medicinas? Si la respuesta es **SI**, escriba los nombres de las medicinas: \_\_\_\_\_ **SI NO**
- 
- 3 Tiene alguna alergia o sensibilidad a medicinas o comida (e.g., penicilina, aspirina, xylocaine, etc.)? \_\_\_\_\_ **SI NO**
- 4 Cuando se corta, lastima o ha tenido una extracción sangra mucho y le cuesta sanar? \_\_\_\_\_ **SI NO**  
 Sangra de la nariz constantemente, o se le hacen moretones fácilmente ? \_\_\_\_\_ **SI NO**
- 5 Ha estado hospitalizado? \_\_\_\_\_ **SI NO**  
 Por que razón y cuanto tiempo? \_\_\_\_\_
- 6 **Tiene o ha tenido alguna de las enfermedades en la lista a continuación:**
- |   |              |                                |              |
|---|--------------|--------------------------------|--------------|
| Soplo en el corazón / Fiebre Reumática              | <b>SI NO</b> | Problemas de la Tiroides       | <b>SI NO</b> |
| Enfermedades del corazón/ cirugía del corazón       | <b>SI NO</b> | AIDS/ARC/HIV infección         | <b>SI NO</b> |
| Ataque al corazón                                   | <b>SI NO</b> | Problemas nasales              | <b>SI NO</b> |
| Angina o dolor de pecho                             | <b>SI NO</b> | Epilepsia, ataques epilépticos | <b>SI NO</b> |
| Presión Arterial Alta                               | <b>SI NO</b> | Alergias : comida o Medicinas  | <b>SI NO</b> |
| Nervios/Ansiedad/ Depresión                         | <b>SI NO</b> | Derrame cerebral               | <b>SI NO</b> |
| Anemia/ o alguna otra enfermedad de la sangre       | <b>SI NO</b> | Diabetes / Historia Familiar   | <b>SI NO</b> |
| Reemplazo Cadera/Rodilla/ o clavos en los huesos    | <b>SI NO</b> | Desmayos                       | <b>SI NO</b> |
| Pulmones (Tuberculosis, Neumonía, Asma)             | <b>SI NO</b> | Artritis                       | <b>SI NO</b> |
| Problemas del hígado (hepatitis,ictericia cirrosis) | <b>SI NO</b> | Tumores                        | <b>SI NO</b> |
| Problemas del estomago/ intestinales / ulceras      | <b>SI NO</b> | Problemas de piel              | <b>SI NO</b> |
| Riñones (infecciones, diálisis)                     | <b>SI NO</b> | enf. transmitidas sexualmente  | <b>SI NO</b> |
- Tiene alguna otra enfermedad que no esta en esta lista ? \_\_\_\_\_ **SI NO**
- 7 Tiene medico de cabecera ? \_\_\_\_\_ **SI NO**  
 Nombre del Doctor \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_
- 8 Cuando fue su ultimo chequeo medico \_\_\_\_\_
- 9 Ha perdido peso recientemente sin tratar de bajar de peso? \_\_\_\_\_ **SI NO**
- 10 Solo mujeres : Esta Ud. embarazada? \_\_\_\_\_ **SI NO Cuantos meses?**  
 Esta tomando pastillas anticonceptivas? \_\_\_\_\_ **SI NO**
- 11 Cuando fue su ultima visita al dentista? \_\_\_\_\_ Radiografías \_\_\_\_\_
- 12 Para niños : el paciente se chupa el dedo ? \_\_\_\_\_ **SI NO**
- Yo certifico que esta historia medica contine información correcta acerca de mi salud mental y fisica, e incluye información acerca de reacciones alérgicas, condiciones pre-existentes y medicinas.  
 Yo doy mi consentimiento para que el paciente mencionado arriba sea tratado.

**Firma del paciente o Padre/Guardián** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Resumen de los hallazgos y precauciones \_\_\_\_\_

**Revisado por** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

