

Historial Médico Dental

1. Fecha de la última revisión/limpieza dental: _____
2. ¿Se cepilla y usa hilo dental diariamente? Sí No
3. ¿Tiene dolor dental, encías sangrantes o dientes sensibles? Sí No
4. ¿Está embarazada? Sí No Fecha prevista del parto: _____
5. ¿Tiene alergias a algún medicamento o al látex? Sí No
 - a. Si tiene, por favor explique: _____
6. ¿Está tomando medicamentos con o sin receta médica o medicamentos herbales? Sí No
 - a. Si está tomando, por favor indique: _____
7. ¿Utiliza enjuagues o suplementos de flúor? Sí No
8. Por favor, marque con un círculo cualquiera de las siguientes condiciones que tenga o haya tenido en el pasado:

Abuso como adulto (víctima)	Depresión	Meningitis
Abuso en la niñez (víctima)	Diabetes	Trastorno de salud mental
ADD/ADHD	Drogadicción	Infección por MRSA
Alcoholismo	Enfisema/COPD	Infarto de miocardio
Alergias	Glaucoma	Enfermedad de los Nervios/Músculos
Anemia	Enfermedad del corazón	Osteoporosis
Ansiedad	Insuficiencia cardíaca	Marcapasos
Artritis/Trastorno de las articulaciones	Soplo del corazón	Convulsiones
Asma	Endocarditis del corazón	Anemia de células falciformes
Autismo	Historia de una transfusión de sangre	ETS
Mandíbula rota	VIH/SIDA	Úlceras de estómago
Cáncer/Quimioterapia	Hiperlipidemia	Derrame cerebral
Cataratas	Hipertensión	Enfermedad de la tiroides
Trastorno de coagulación	Enfermedad de los riñones	Tuberculosis
EPOC	Enfermedad Hepática	

9. ¿Alguna vez ha tenido una lesión en la cara o la mandíbula, o tiene dolor en la mandíbula? Sí No
10. ¿Ha tenido una enfermedad reciente, hospitalización o cirugía? Sí No
 - a. Si es así, explique: _____

11. ¿Ha tenido alguna vez problemas asociados con el tratamiento dental? Sí No
12. ¿Ha usado o usa actualmente productos de tabaco/nicotina? Sí No

a. Si es así:

- i. Cigarrillos, Paquetes por día durante años
 - ii. Tabaco para mascar
 - iii. Puros
 - iv. E-cigarrillos/vape
- Fecha en que dejo: _____

13. ¿Ha tenido un sangrado excesivo que requiere tratamiento médico? Sí No
14. ¿Hay algo en particular que pueda causarle ansiedad al venir al dentista hoy? Sí No
 - a. ¿Si hay, cuál es?: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del proveedor médico: _____ Fecha: _____

Dental Medical History

1. Date of last dental check/cleaning: _____
2. Do you brush and floss your teeth and mouth daily? Yes No
3. Do you have dental pain, bleeding gums, or sensitive teeth? Yes No
4. Are you pregnant? Yes No Due Date: _____
5. Do you have allergies to any medications or to latex? Yes No
 - a. If Yes, explain: _____
6. Are you taking prescription, non-prescription, or herbal medications? Yes No
 - a. If Yes, explain: _____
7. Do you use fluoride rinses or supplements? Yes No
8. Please circle any of the following conditions you have or have had in the past:

Abuse as an adult (victim)	Depression	Meningitis
Abuse as a child (victim)	Diabetes	Mental Health Disorder
ADD/ADHD	Drug Addiction	MRSA Infection
Alcoholism	Emphysema/COPD	Myocardial Infarction
Allergies	Glaucoma	Nerve/Muscle Disease
Anemia	Heart Disease	Osteoporosis
Anxiety	Heart Failure	Pacemaker
Arthritis/Joint Disorder	Heart Murmur	Seizures
Asthma	Heart Endocarditis	Sickle Cell Anemia
Autism	History of blood transfusion	STD
Broken Jaw	HIV/AIDS	Stomach Ulcers
Cancer/Chemotherapy	Hyperlipidemia	Stroke
Cataracts	Hypertension	Thyroid Disease
Clotting Disorder	Kidney Disease	Tuberculosis
COPD	Liver Disease	

9. Have you ever had an injury to your face or jaw, or have jaw pain? Yes No
10. Have you had a recent illness, hospitalization, or surgery? Yes No
 - a. If Yes, explain: _____
11. Have you ever had problems associated with dental treatment? Yes No
12. Have you, or do you currently use tobacco/nicotine products? Yes No
 - a. If Yes:
 - i. Cigarettes, ___ Packs per day for ___ years
 - ii. Chewing tobacco
 - iii. Cigars
 - iv. E-cigarettes/vape

Quit date? _____

13. Have you had excessive bleeding requiring medical treatment? Yes No
14. Is there anything in particular that might cause you anxiety by coming to the dentist today? Yes No

Yes, explain: _____

a. If

Patient Signature: _____ Date: _____

Provider Signature: _____ Date: _____