



<input type="checkbox"/> Sensibilidad Generalizada <input type="checkbox"/> Sensibilidad Localizada	<input type="checkbox"/> Sangramiento de la encía?
<input type="checkbox"/> Lesion: <input type="checkbox"/> Cara <input type="checkbox"/> Mandibula <input type="checkbox"/> Boca Describa Porfavor:	<input type="checkbox"/> Mal aliento (y/o) <input type="checkbox"/> Un sabor desagradable en a boca
<b>HISTORIAL DENTAL</b>	<b>CONDICION DE LA JUNTA DE LA MANDIBULA</b>
<input type="checkbox"/> Se le a dicho que tiene enfermedad de la encia? (Año)	<input type="checkbox"/> Historial de TMD (junta de la mandibul) problemas
<input type="checkbox"/> Ah sido tratado por enfermedad de la encia? (Año)	<input type="checkbox"/> Historial de TMD (junta de la mandibula) terapia realizada
<input type="checkbox"/> Ah consultado para terapia o orthodontica? (Año)	<input type="checkbox"/> Dolor ( <input type="checkbox"/> Tronar <input type="checkbox"/> Travar <input type="checkbox"/> Laquear de junta de mandibula)
<input type="checkbox"/> Ah sido tratado con terapia orthodontica? (Año)	<input type="checkbox"/> Apretar (y/o) <input type="checkbox"/> Rechinar de dientes
<input type="checkbox"/> Ah tedino sirugia oral? (Año)	<input type="checkbox"/> Amanece con los musculos de la mandibula adoloridos
<input type="checkbox"/> Le an tomado rediografias dentales en el ultimo año?	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuente ( _____ por dia/semana/mes)
<input type="checkbox"/> Miedo excesivo a tratamiento dental? (Especifique)	<input type="checkbox"/> Problemas de oido ( <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Sumbidos <input type="checkbox"/> Dolor de oido)
<input type="checkbox"/> Tiene usted una alta prioridad en conservar sus dientes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sensible/Rigido en la <input type="checkbox"/> Madibula <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Espalda
<input type="checkbox"/> Tiene usted un cepillo de dientes electronico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Porfavor elaborar si es necesario:
<input type="checkbox"/> Sensibilidad en sus dientes ( <input type="checkbox"/> caliente <input type="checkbox"/> frio <input type="checkbox"/> dulce <input type="checkbox"/> al mascar )	
<input type="checkbox"/> Llagas en la boca (fuegos) (cuantos- _____ por año)	
<input type="checkbox"/> Chuparse los dedos o labio ( <input type="checkbox"/> ahora <input type="checkbox"/> en el pasado)	
<b>HISTORIAL MEDICO</b>	<input type="checkbox"/> Desoder de sangria/Anemia
<input type="checkbox"/> NO conocimiento de alergias a medicamento	<input type="checkbox"/> Sujeto a sangría prolongada (y/o) <input type="checkbox"/> Magullar facilmente
<input type="checkbox"/> SI alergico/intolerancia a medicamento Favor de listar:	<input type="checkbox"/> Gastro intestinal ( <input type="checkbox"/> Ulceras <input type="checkbox"/> Problemas estomacales <input type="checkbox"/> Otro)
	<input type="checkbox"/> Diabetes ( <input type="checkbox"/> Dependiente de Insulina <input type="checkbox"/> Independiente de Insulina)
<input type="checkbox"/> Alergico a latex	<input type="checkbox"/> Artritis ( <input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea <input type="checkbox"/> Osteoartritis )
<input type="checkbox"/> Otras alergias. Favor listar:	<input type="checkbox"/> Riñon (y/o) <input type="checkbox"/> Enfermedad de vejiga
<input type="checkbox"/> Listar todos los medicamentos actuales:	<input type="checkbox"/> Problema de tiroides ( <input type="checkbox"/> Hiperactivo <input type="checkbox"/> Hypoactive <input type="checkbox"/> Removido <input type="checkbox"/> otro)
	<input type="checkbox"/> Cancer (tipo, fecha, tratamiento)
	<input type="checkbox"/> Terapia de radiacion (cuello/cabeza) <input type="checkbox"/> sirugia (cabeza/cuello) Fecha[s]:
<input type="checkbox"/> Listar todas las sirugias o hospitalizaciones previas:	<input type="checkbox"/> Uso de lentes de contacto
	<input type="checkbox"/> Glucoma
<input type="checkbox"/> Usted se trata con antibioticos antes de algun tratamiento dental?	<input type="checkbox"/> Problemas neurologicos ( <input type="checkbox"/> Epilepcia <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Ataques)

<input type="checkbox"/> Problemas del corazón (y/o) <input type="checkbox"/> Soplo en el corazón (y/o) <input type="checkbox"/> prolapso de válvula mitral	<input type="checkbox"/> Examinado para enfermedad de sangre
<input type="checkbox"/> Mecanismo prostético ( <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Alfileres/Placas/tornillos <input type="checkbox"/> Valvula del corazón <input type="checkbox"/> Otro)	<input type="checkbox"/> Tiene VIH/SIDA
	<input type="checkbox"/> Enfermedades transmitidas sexualmente
<input type="checkbox"/> Presion alta sanginia	<input type="checkbox"/> Enfermedades de tejido conectivo
<input type="checkbox"/> Dolor de pecho (y/o) <input type="checkbox"/> Infarto (y/o) <input type="checkbox"/> cirugía de derivación	<input type="checkbox"/> Embarasada <input type="checkbox"/> Posiblemente embarazada <input type="checkbox"/> Dando Pecho
<input type="checkbox"/> Paro cardíaco congestivo	<input type="checkbox"/> Control de natalidad con pildoras
<input type="checkbox"/> Toma Coumadin O otros rebajadores de sagre	<input type="checkbox"/> Enfermedades serias no listadas ( liste tipo, año)
<input type="checkbox"/> Derrame cerebral	
<input type="checkbox"/> Condiciones del pulmon ( <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Enfasima <input type="checkbox"/> Bronquitis <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Otro)	<b>HISTORIAL SOCIAL</b>
<input type="checkbox"/> Fiebre del heno/ Alergias temporales Otro	Tomar: <input type="checkbox"/> Café <input type="checkbox"/> Soda <input type="checkbox"/> Te ( _____ Taza _____ Lata O _____ vasos por dia)
<input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis (cada cuanto)	<input type="checkbox"/> Actualmente uso de producto de tabaco ( lista, cantidad/frecuencia)
<input type="checkbox"/> Desorden del Hgado	<input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Tabaco masticable
<input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> Consume beidas alcoholicas ( cuanto _____ por dia/semana/año)

Yo autorizo al doctor ó otro dentistas o profesionales del cuidado de salud (miembros del grupo interdisciplinarios y tratamiento para rializar procedimientos diagnosticos y tratamiento como sea necesario para cuidado apropiado dental o facial. Yo autorizo la liberación de cualquier información en relación con migo (ó mi hijo/a) cuidado de salud para consejo y tratamiento proveido para el propósito de una evaluación y a ministrat reclamos para beneficios de asuguranza. Yo autorizo liberación que cual quir información en relacion con migo ( o mi hijo/a) cuidado de salud para consejo y tratamiento para fotografias, radiografias,y otros archivos diagnosticos antes, durante, y después tratamiento, y para el uso del mismo doctor o miembros de grupo interdisciplinario en presentación científica o literatura científica. **La información de arriba es preciso y completada a lo mejor de mi conocimiento:**

**Firma del paciente o guardian legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_