



Historia de Salud

Murmullo Cardíaco Activo (Soplo del Corazón activo)	Si	No
Abuso de alcohol u otras sustancias (drogas, etc.)	Si	No
Anemia (Problema de Desangrar u otra condición de la sangre)	Si	No
Angina (dolor de pecho)	Si	No
Arritmias (Irregularidades del Corazón)	Si	No
Artritis (De los huesos/ Osteo o reuma arterial/ Reumatoide)	Si	No
Reemplazo de la Válvula de Corazón artificial	Si	No
Articulaciones artificiales (Cadera / Rodilla /Tobillo / hombro / Otro)	Si	No
Asma	Si	No
SIDA o el virus de VIH	Si	No
Desordenes de la sangre	Si	No
Transfusiones de sangre	Si	No
Problemas respiratorios/ problemas sinusales	Si	No
Cáncer	Si	No
Herpes Labial (Fuegos)	Si	No
Enfermedad cardíaca coronaria (cardiopatía isquémica)	Si	No
Diabetes	Si	No
Ataque Cardíaco	Si	No
Defectos del Corazón	Si	No
Cirugía en el Corazón	Si	No
Hemofilia	Si	No
Hepatitis (A,B,C u otro)	Si	No
Presión arterial alta	Si	No
Historia de parestesia	Si	No
Enfermedad del riñón	Si	No
Cálculos renales (piedras en el riñón)	Si	No
Enfermedad del hígado	Si	No
Prolapso de la válvula mitral	Si	No
Trastornos neurológicos	Si	No
Herpes Oral	Si	No

Fecha actualizada: _____



Historia de Salud

Marcapaso (desfibrilador)	Si	No
Escarlatina (fiebre escarlatina)	Si	No
Convulsiones/ Epilepsia	Si	No
Shunts (derivaciones)	Si	No
Anemia de células falciformes	Si	No
Problemas de sinusitis	Si	No
Derrame cerebral (apoplejía)	Si	No
Prótesis quirúrgica	Si	No
Tiroides	Si	No
Tumores	Si	No

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Tiene alguna enfermedad, condiciones o problemas que no aparecen en esta lista? Por favor escriba su lista.		<u><i>For Office Use Only:</i></u>
Por favor indique cualquier hospitalizaciones y/ o cirugías		
¿Tiene alguna reacción alérgica a medicamentos o al látex? Por favor, circule las que apliquen.	Látex Penicilina u otros antibióticos Aspirina Codeína El Metal El Yodo	
Qué farmacia usa?	Anestésicos locales como Lidocaine (Lidocaína) Otro:	
¿Está tomando algún medicamento de venta con receta, de venta libre o suplementos herbales? De ser así, por favor anote en la siguiente lista:		
Nombre:	Dosis:	Razón de tomarla:

Fecha actualizada: _____



Historia de Salud

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Tiene chequeos dentales regulares?	Fecha del último examen:
¿Ha tenido algún problema con los tratamientos dentales anteriores?	Si la respuesta es sí, por favor explique:
¿Ha notado algún bulto o llagas en su boca?	Si No
¿Le sangran las encías al cepillarse los dientes?	Si No
¿Aprieta o muele (rechina) los dientes?	Si No
¿Tiene algún dolor en la boca, cara, ojos, cuello o garganta?	Si No
¿Ha tenido heridas de su cara, mandíbula o dientes?	
¿Está descontento con la apariencia de sus dientes y/o sonrisa?	
¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes?	
¿Cuántas veces al día usa hilo dental?	

Por favor, conteste las siguientes preguntas para todos los niños en casa

¿Se chupan su dedo gordo o cualquier otro dedo?	Si No
---	-------

Fecha actualizada: _____



Historia de Salud

¿Utilizan pasta dental con fluoruro?	Si Si	NO
¿Usan algún otro producto del fluoruro, como fluoruro de prescripción o enjuague bucal?	Si Si	No No
¿Un padre o adulto les ayuda a cepillar?		No
¿Comen alimentos azucarados y/o bocadillos dulces? <i>Si la respuesta es sí, ¿qué y cuánto?</i>	Si	No
¿Beben (Toman) algo además del agua o leche? <i>Si la respuesta es sí, ¿qué y cuánto?</i>		No

Por favor, conteste lo siguiente para niños de edades 0 - 5 años

¿Le da o le dado biberón o Vaso entrenador (Sippy) al dormirse a su niño?	
---	--

Fecha actualizada: _____