

# The Smile Fairy Dental Spa

## HISTORIAL DENTAL

Cual es el motivo de su visita hoy? \_\_\_\_\_ Tiene usted alguna incomodidad dental hoy? \_\_\_\_\_

Nombre de su Dentista anterior? \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Fecha del último tratamiento dental \_\_\_\_\_ Fecha de las últimas Radiografías \_\_\_\_\_

Marque (✓) si o no si a tenido alguno del los siguientes problemas:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Mal aliento             | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Comida entre los dientes    | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tratamiento periodontal            |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sensibilidad a lo dulce | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sangrado de las encías      | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Rechinado de dientes               |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sensibilidad a lo frío  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sensibilidad al morder      | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No La mandíbula le salta o hace ruido |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sensibilidad al calor   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Úlceras o brotes en la boca | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dientes sueltos o rellenos rotos   |

¿Qué tan seguido se cepilla? \_\_\_\_\_ ¿Que tan seguido usa el hilo dental? \_\_\_\_\_

¿Cómo se siente sobre la apariencia de sus dientes? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez a experimentado una reacción adversa durante o en conjunto con un medicamento o procedimiento dental?  Si  No

Otra información sobre su salud dental o tratamiento previo: \_\_\_\_\_

## HISTORIA MEDICA

Nombre del doctor \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita \_\_\_\_\_

¿A tenido alguna enfermedad o operación seria?  Si  No Describa: \_\_\_\_\_

¿Está usted actualmente bajo cuidado médico?  Si  No Describa \_\_\_\_\_

¿Alguna vez a tenido una transfusión de sangre?  Si  No Explique las fechas aproximadas \_\_\_\_\_

¿Está usted embarazada?  Si  No ¿Está usted amamantando?  Si  No ¿Está tomando píldoras anticonceptivas?  Si  No

Marque con una palomita (✓) si alguna vez a tenido alguna de las siguientes condiciones:

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No SIDA/VIH positivo                                    | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hábitos al tabaco           | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dolor en la mandíbula               | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Implantes quirúrgicos                    |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Anafixis   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tos con sangre              | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Prolapso de la válvula mitral       | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Inflamación de los tobillos              |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Válvulas artificiales del corazón                    | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alergia a un tipo de comida | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad o padecimiento del riñon | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad o padecimiento de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Artritis, reumatismo                                 | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problema de los nervios     | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Amigdalitis                         | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Presión alta                             |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Epilepsia  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Desmayos                    | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Marcapaso                           | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tuberculosis                             |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Articulaciones artificiales                          | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Úlceras/colitis             | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Diabetes                            | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Soplo en el corazón                      |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Asma   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cuidado psiquiatrico        | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedades venéricas              | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tratamientos de cortisona                |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Glaucoma   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dolor de cabeza             | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tratamiento de radiación            | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad de la sandre                  |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alergias a materiales (latex, lana, metal, químicos) | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Falta de aliento            | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas de circulación            | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad de la espalda                 |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Culebrilla   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Derrame cerebral            | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedades respiratorias          | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas de la piel                     |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cáncer   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hemofilia/Hemorragia        | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fiebre reumática                    | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Quimioterapia                            |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hepatitis  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dependencia química         | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Herpes                              | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Salpullido en la piel                    |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas del corazón: Describa _____                |   |   |  |

¿Está el paciente actualmente tomando algún medicamento? Explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene el paciente alergia a algún medicamento? Explique: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACION

He revisado la información en éste cuestionario y es precisa según mi conocimiento. Entiendo que ésta información sera utilizada por el dentista para ayudar a determinar un tratamiento dental apropiado y saludable. Si hay algún cambio en mi estatu médico, se lo informaré al dentista. Autorizo a la compañía de seguros indicada en éste formulario a pagar al dentista todos los beneficios asegurados por los servicios prestados al seguro. Autorizo al dentista a revelar toda información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Entiendo que soy economicamente responsable por todos los cargos, ya sean o no pagados por el seguro.

Firma del paciente o padres \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de la doctora \_\_\_\_\_

NOTES: \_\_\_\_\_

***El pago debe hacerse en su totalidad a la hora del tratamiento al menos que se hayan aprobado arreglos con anterioridad***