



GOOD NEWS DENTAL

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
 Domicilio _____
 Teléfono _____
 Email _____ Raza _____ Género _____

HISTORIA DENTAL

Dentista _____ Ciudad _____ Teléfono (____) _____

Razón de su visita hoy: _____

¿Ha necesitado antibióticos para el tratamiento dental en el pasado? Si No No se sabe

- Mal aliento o sabor
- Encías sangrantes
- Llagas o crecimientos en la boca
- Recolección de alimentos entre los dientes
- Dolor de mandíbula
- Sus parciales o dentaduras postizas
- Dientes flojos o empastes rotos
- Boca seca
- Sensibilidad al frío
- Otro _____
- Sensibilidad al calor
- Sensibilidad a los dulces
- Sensibilidad al morder
- Glándulas del cuello hinchadas persistentes

Fecha de la última atención dental _____ Marque (Ú) si tiene problemas con alguno de los siguientes

HISTORIAL MÉDICO

Doctor _____ Ciudad _____ Teléfono (____) _____

Por favor describa la condición médica actual o de alguna discapacidad de hace tiempo, si la hubiera:

Marque (✓) si usted a tiene o ha tenido cualquiera de lo siguiente: •Ceguera •Sordera •Desabilidad

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Tos, Persistente | <input type="checkbox"/> Alta Presion Arterial | <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlata |
| <input type="checkbox"/> Artritis, Reumatismo | <input type="checkbox"/> Tos con sangre | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Dificultad p Respirar |
| <input type="checkbox"/> Válvulas Cardiacas | <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo I or II | <input type="checkbox"/> Endocarditis Infeccios | <input type="checkbox"/> Salpullido en la Piel |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificial | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsion | <input type="checkbox"/> Problemas de Riñones | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Enfermeda de Hígado | <input type="checkbox"/> Pies Hinchados |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Espalda | <input type="checkbox"/> Problemas intestinales | <input type="checkbox"/> Disordenes Neurologic | <input type="checkbox"/> Problemas deTiroide |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades d sangre | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Habito de fumar |
| <input type="checkbox"/> Cancer/Quimoterapia | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza/Migr | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Depende Quimicos | <input type="checkbox"/> Ataques al Corazón | <input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiación | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios | <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad Respiratoria | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Cortisona Tratamientos | <input type="checkbox"/> Hepatitis _____ | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> ETS |

- Parkinson Parálisis Cerebral Esclerosis Múltiple Demencia Discapacidad Intelectual

MEDICAMENTOS

Enliste los medicamentos actuales o proporcione una lista separada:

Nombre de Farmacia: _____

Teléfono : (____) _____

ALERGIAS

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Iodo | <input type="checkbox"/> Sulfanilamida |
| <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Látex |
| <input type="checkbox"/> Anestésia Local | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

FIRMA

Entiendo que la información anterior es precisa y completa. No haré responsable a ningún miembro del personal por cualquier error ú omisión que haya cometido al completar este formulario.

Firma Paciente/Rep Personal: _____ Date ____/____/____

Nombre del Paciente/Rep Personal: _____