



Formulario Confidencial de Historial Médico

Pronto verá a su dentista. Antes de hacerlo, ¿podría tomarse unos momentos para responder las preguntas en AMBOS LADOS de este formulario? Esto nos ayudará a adaptar nuestros servicios a sus necesidades. Le mostraremos el formulario en visitas posteriores para que nos indique si ha habido algún cambio en su salud general. Toda la información se mantendrá estrictamente confidencial por las personas que lo atienden.

Fecha:			
Nombre completo:		NHS No:	
Título(Sr, Sra, Srita)		Fecha de nacimiento:	Sexo: HOMBRE / MUJER
Dirección:			
	Código postal:		
Teléfono móvil:		Teléfono de casa:	
Teléfono de trabajo:		Correo electrónico:	
Mejor método de contacto		Ocupación:	
Nombre del doctor:		Número del doctor:	
Dirección del doctor:			
¿Cuándo fué la última vez que recibió tratamiento dental?	Al menos 6 meses ☐ 6-15 meses ☐ 15 meses-3 años ☐ 3-5 años ☐ 5+años ☐		
Detalles del último dentista:	Código Postal:		
¿Cómo se enteró de nosotros?	Google Yelp En la calle Instagram Otro: (especifique)	Facebook Tik Tok	Recomendación Evento dental

Está...	SI	NO	Detalles
Recibiendo o atendiendo de alguna clínica, hospital o doctor?			
Tomando algun medicamento prescrito(pastillas, anticonceptivos, terapia de sustitución hormonal)?			
Tomando o ha tomado esteroides los ultimos 2 años?			
Llevando una tarjeta de advertencia médica?			

Sufre de alguno de los siguientes...	SI	NO	Detalles
Alergia a alguna medicina(penicilina), sustancias(latex) or comidas?			
Tiene fiebre, dermatitis u otra alergia?			
Bronquitis, asma u otra condición de los pulmones?			
Ataques de desmayo, mareo, pérdida de memoria, epilepsia?			
Problemas del corazón, anginas, problemas de presión arterial, o derrames?			
Diabetes(o alguien de su familia tiene)?			
Artritis?			

Solo mujeres:	SI	NO	Detalles
Existe alguna posibilidad de que pueda estar embarazada?			
Ha dado a luz en los últimos 12 meses?			

Ha tenido de niño o actualmente:	SI	NO	Detalles
Fiebre reumática o corea?			
Enfermedad del hígado (ictericia, hepatitis) o enfermedad renal			
Alguna otra condición seria?			
Una mala reacción a la anestesia local o general?			
Un reemplazo de alguna parte del cuerpo u otro implante?			
Algún tratamiento que requiera estar en el hospital?			

Un marcapasos, cirugía de corazón o cirugía cerebral?			
Tratamiento de la hormona del crecimiento antes de mediados de 1980?			
Un familiar cercano(padre, hermano, hijo, abuelo, nieto) con enfermedad de Creutzfeldt Jakob? (Demencia senil)			
¿Alguna vez el servicio de transfusión de sangre rechazó su sangre?			

Alcohol

¿Cuántas unidades de alcohol bebes por semana? (Una unidad es media lata de cerveza, una sola medida de alcohol o una sola copa de vino/digestivo)			
--	--	--	--

Fumar o masticar

¿Fuma algun producto hecho con tabaco o en el pasado?			
¿Cuantas veces por día?			
¿Usted mastica tabaco, buyo, usa gutkha o nuez de netel(o en el pasado) ¿Cuantas veces al día?			
Por favor dénos mas detalles que su dentista podría necesitar saber, como medicina prescritas, etc.			

SMILE CHECK: El propósito de este cuestionario es que usted analice su propia sonrisa para que pueda decirnos cómo se siente acerca de la apariencia de su sonrisa. Queremos continuamente ayudar a satisfacer sus necesidades y deseos.

Preguntas	SI	NO	Detalles
¿Se encuentra satisfecho con la apariencia de sus dientes?			
¿Está consiente de sus dientes cuando sonríe?			
¿Le gustaría tener los dientes mas blancos?			
¿Tiene algún diente en posición irregular que no le guste?			
¿Tiene algún diente descolorado que no le averguenza?			
¿Sus dientes frontales tienen empastes que no coinciden con el color de sus dientes?			
¿Le gustaría que tus dientes estuvieran más rectos?			
¿Tiene espacio entre tus dientes que no le gusta?			

Firma del paciente

Firma del doctor