



Historial Médico

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

COMPRUEBE TODOS LOS ARTÍCULOS QUE SE APLICAN A SU HISTORIA

Si	No	
		TDAH/TDA
		Desmayos
		Problemas de Ansiedad
		Alzheimer's/Parkinson's
		Artritis
		Reemplazo de Coyuntura Artificiales
		Asma
		Sangrado Excesivo
		Enfermedades de Sangre
		Enfermedades en los Huesos
		Dispositivo de Estimulación Cerebral
		Cancer
		Trastorno del Sistema Nervioso Central
		Control de Dolor Cronico
		Enfermedad Pulmonar Obstructiva
		Problemas Pulmonares - Otros
		Discapacidad en el Desarrollo
		Dialisis de los Riñones
		Transplante de Organos-Pulmones, Riñones, Hígado, Páncreas, Médula Osea
		Diabetes Tipo 1 (Insulin)
		Diabetes Tipo 2 (Medicina Oral)
		Problemas Alimenticios
		Enfisema
		Problemas de Tiroides, Paratiroides, Suprarrenales y Pituitarios
		Problemas Oculares
		Lesiones: Cara, Mandíbula,
		Problemas del Estomago e Intestino
		Gota
		Problemas de Audicion
		Dolor de Corazón y Pecho
		Ataque del Corazon: Fecha:
		Stent(s) del corazón: Fecha:
		Enfermedades del Corazon
		Infeccion del Corazon (Endocarditis)
		Marcapasos o Desfibrilador
		Cirugia del Corazon: Fecha:
		Válvula Cardíaca Artificial: Tejido o Mecánica

Si	No	
		Hepatitis A, B, o C: Fecha:
		Presion Alta
		Presion Baja
		VIH/SIDA: Fecha:
		Problema con Sistema Inmunologico
		Riñones, Hígado, o Enfermedad del Páncreas
		Lupus
		Enfermedad Mental
		Mileomas Múltiples
		Osteoporosis
		Parálisis Cerebral
		Autismo
		Trastorno de Estrés Postraumático
		Radiacion a la Cabeza, Mandíbula, or Cuello
		Pesadillas Severas
		Apnea del Sueño (Roncar)
		Convulsiones
		Enfermedades de Transmision Sexual
		Abuso de Sustancias: Alcohol, Drogas, Otros
		Cirugia - Otro
		Ataque al Corazon
		Problemas Nasales
		Problema de el Habla
		Problemas Temporomandibular
		Tromboembolismo
		Consumo de Tabaco
		Tumores
		Ulceras
		Cirugia Vasculat

Mujeres:

Si	No	
		Embarazada
		Amamantando
		Tratando de Quedar Embarazada
		Tomando Medicamento de Fertilidad
		Usando Anticonceptivos

AHORA TOMANDO MEDICAMENTOS PARA CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

Si	No	
		TDAH/TDA
		Alergias
		Problema de Glándula Suprarrenal, Tiroide, Paratiroides o Glándula Pituitaria
		Anticonceptivos
		Pain-Codeine, Percocet, Tramadol, Morphine, Demerol, or Pain Patch
		Osteoporosis
		Dolor - Ibuprophen, Motrin, Celebrex
		Cancer - Tratamiento de Radiacion
		Cancer - Medicación
		Cancer Involvement of Bones
		Blood Thinners - Coumadin, Pradaxa, Heparin
		Regulación de la Presión Arterial
		Anticoagulantes - Plavix, Aspirin
		Aspirina 325mg
		Aspirina 81mg
		Alzheimer's o Parkinson's
		Anticonvulsivos
		Ansiedad
		Problemas de Huesos
		Problemas de Respiracion - Terapia de Oxigeno
		Problemas de Respiracion - Inhalador
		Problemas del Corazon

Si	No	
		Depresión
		Sedantes o ayudas para dormir
		Fertilidad
		Control del Colesterol
		Anti Inflammatory - Prednisone, Cortisone
		Mantenimiento de Dolor Cronico
		Diabetes Tipo 1
		Diabetes Tipo 2
		Problemas Intestinales, Ulceras, Estomago
		Hepatitis
		VIH/SIDA
		Hormonas - Estrógeno
		Non Prescription Street Drugs
		Medicamentos Inmunosupresores
		Problemas Renales, Urinarios y Prostáticos
		Esclerosis Múltiple
		Mieloma Múltiples
		Productos de Plasma o Factores de Sangre
		Problemas del Ritmo Cardíaco
		Alguna vez a tomado unas de las siguientes?
		Actonel, Aredia, Boniva, Fosomax, Zometa (Nitrogen Conaining Bisphosphonates)
		Atelvia, Didronel, Reclast, Skelid (Non-Nitrogen Containing Bisphosphonates)

Alguna vez a tenido alergia a algunas de las siguientes?

Si	No	
		Comidas
		Anestésicos (ex: Novacain, Ldiocaine, Mepivicaïne, etc.) Otros:
		Erythromycin
		Tetracycline:
		Zithromax (Azithromycin)
		Cipro
		Clindamycin
		Metals:
		Latex (Rubber)
		Keflex (Cephalosporin Family)
		Ibuprofen - (Motrin, Advil or Generic Ibuprofen)
		Nombre de cualquier otra alergia a antibióticos
		Barbituates, Sedatives or Sleeping Pills
		Iodine

Si	No	
		Penicillin, Amoxicillin, Ampicillin, Augmentin (Penicillin Family)
		Narcoticos <input type="checkbox"/> Hidrocodona
		Oxicodona <input type="checkbox"/> Demerol <input type="checkbox"/> Otro
		Acetaminophen (Tylenol)
		Aspirinas
		Aleve
		Codeine
		Tramadol
		Sulfa Drugs
		Otras Drogas
		Hay Fever/Seasonal
		Otro

Todas las respuestas anteriores son verdaderas y correctas. Si tengo algún cambio en mi Salud o mis Medicamentos, notificaré al Doctor en mi próxima cita sin fallar.

Firma del Paciente/Guardian: _____

Fecha: _____

Doctor: _____

Fecha: _____



Historial Dental

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Altura: _____ Peso: _____

Nombre de Dr. Primario: _____

Ha recibido usted tratamiento recientemente de su Doctor por alguna condición? SI NO
Motivo de consulta? _____

Esta experimentando dolor en la boca en este momento? _____

Ha tenido usted las encías hinchadas o sangrientas? _____

Alguna vez ha notado algún diente flojo? _____

Alguna vez se ha lastimado usted la cara, mandíbula o dentadura? _____

Alguna vez ha recibido tratamiento (periodontal) en las encías? _____

Alguna vez ha tenido que usar frenillos para enderezarle los dientes? _____
Si fue así, por cuanto tiempo? _____

Se le han reemplazado los dientes? SI NO
 Puente Parcial Otro _____

Le hacen ruido las mandíbulas cuando masca o abre la boca? _____

Le dan dolores frecuentes a usted en las: Mandíbula Oídos Cuello
Si fue así, Este dolor está presente al despertar? _____

Alguna vez ha tenido usted sangramiento prolongado después de una extracción? Si No

Razón por extracciones: Caries Diente flojo Accidente Infección

Alguna vez usted ha tenido: Ulceras en la boca Llagas
Si es así, cuantas veces? _____

Cuando fue la ultima vez que le tomaron rayos-x en la boca? Fecha: _____

Háblenos de sus experiencias dentales del pasado: _____



Consentimiento para Tratamiento de Rutina Dental

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

1. Por este medio yo autorizo a un proveedor de TCCH, y/o a otras personas que él asigne para realizar o asistir en la realización de un tratamiento dental para una o más de las siguientes condiciones:

Caries Dental	Gingivitis	Periodontitis	Cáncer Oral
Pulpitis irreversible	Pulpitis aguda	Diente quebrado	Diente quebrado
Problemas temporomandibular	Úlceras bucales o lesiones		Maloclusión
Úlceras bucales o lesiones	Trauma	Absceso Dental o Gingival	
Otro: _____	Otro: _____	Otro: _____	
Otro: _____	Otro: _____	Otro: _____	

2. Entiendo que pueden surgir condiciones o circunstancias imprevistas durante el curso del procedimiento o tratamiento descrito anteriormente; por lo tanto, doy mi consentimiento y autorizo la realización de cualquier cuidado, procedimiento o tratamiento no especificado anteriormente que el dentista considere razonable o necesario como resultado de estos eventos imprevistos.
3. Además, consiento la administración de cualquier anestésico local o analgésico (Óxido Nitroso) que el dentista considere necesario, entiendo que los riesgos relacionados con la administración de anestésicos locales incluyen, pero no limitado a:
- A. Lesión nerviosa que causa adormecimiento temporal o permanente del área del labio inferior, la barbilla y la lengua
 - B. Infección
 - C. Rigidez de la mandíbula (Trismo)
4. Se me ha explicado y entiendo que un resultado perfecto no está garantizado ni puede garantizarse y que la tarifa por servicios se me ha explicado y es satisfactorio.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Padre/Guardián Legal

Fecha

Witness (TCCH Staff)

Date