

9. ¿Es Ud. ALÉRGICO o ha experimentado reacción alérgica a lo siguiente?

	SI	NO		SI	NO
Anestesia local (por ejemplo, a la novocaína)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirina o codeína.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barbituratos/sedantes/pastillas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamentos del grupo sulfonamida (sulfa).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicilina/otros antibióticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. ¿Está Ud. tomando algo de lo siguiente?:

	SI	NO		SI	NO
Antibióticos/medicamentos que contengan sulfa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tranquilizantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diluyentes sanguíneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insulina/otros medicamentos para la diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicina para la presión de la sangre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drogas recreativas (no medicinales).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicina para la tiroides.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Digitalis/otros medicamentos para el corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cortisona/esteroides.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nitroglicerina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicina antihistamínica/medicina para las alergias/remedios para el resfriado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Otros medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si contesta afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, dé una lista de los medicamentos y las dosis que está tomando:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

11. ¿Hay alguna enfermedad, condición o problema no mencionado anteriormente que Ud. crea necesario comunicarnos? o ¿Hay alguna actividad que su médico le prohíba? De ser así, explique: _____

12. Nombre de su médico _____ Teléfono _____

13. ¿Ha tenido algún problema serio asociado con algún tratamiento dental?: _____

14. ¿Lo pone nervioso el tratamiento dental? No _____ Un poco _____ Moderadamente _____ Extremadamente _____

15. Fecha de su última consulta dental?: _____

16. ¿Ha tenido tratamiento por alguna enfermedad periodontal (enfermedad en las encías, piorrea, infección con ulceración en las mucosas de la boca)?: _____
De haberla tenido ¿Cuándo fue? _____

17. ¿Ha tenido o tiene lo siguiente?:

BOCA

	SI	NO
Encías sangrantes o úlceras (aftas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sabor desagradable/mal aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ardores en la lengua/labios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ampollas frecuentes en labios/boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinchazón/protuberancias en la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ortodoncia (frenos, ganchos, aros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se muerde el interior de las mejillas o los labios?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de mandíbula (¿Le truena?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad al abrir o cerrar la mandíbula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIENTES

	SI	NO
Dientes flojos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilidad a las cosas calientes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilidad a las cosas frías.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilidad a lo dulce.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilidad al morder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se le aloja la comida entre los dientes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aprieta/rechina los dientes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desviación en los dientes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha notado cambios en los dientes al morder?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HIGIENE ORAL

¿Usa lo siguiente?:

	SI	NO
Cepillo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilo dental.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enjuague con fluoruro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro tipo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes? _____
¿Como es su cepillo? Suave Mediano Duro

De acuerdo a mis posibilidades, he contestado lo más correctamente posible las preguntas anteriores.

Si en algún momento existe un cambio en mi salud o en los medicamentos que estoy tomando, lo informaré a mi dentista en mi próxima cita.

Firma del paciente, padres o tutor _____ Fecha _____