



CUESTIONARIO DE SALUD DENTAL

FECHA: _____

NOMBRE: _____ SEXO: Mujer Hombre DIA DE NACIMIENTO: _____

TELÉFONO DURANTE EL DÍA: _____

TELÉFONO DEL HOGAR: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

PADRE: _____ MADRE: _____

SU MEDICO: _____

Firma del Proveedor/Si Mismo _____

Hay algunas enfermedades en donde el paciente puede transmitir se no se usan las precauciones propias. Si le han informado que no puede dar sangre o si usted alguna condición que nosotros debemos de saber, por favor díganos de su condición. Es para el beneficio de todos.

Si usted está contestando por su niño/niña, por favor conteste las preguntas tocante la condición de el/ella.

- | | | | |
|----|----|-----|--|
| SI | NO | 1. | ¿Ha estado bajo del cuidado de un doctor durante los ultimos dos años? |
| SI | NO | 2. | ¿Esta tomando alguna medicina o droga? |
| SI | NO | 3. | ¿Ha tenido algunas enfermedades graves? |
| SI | NO | 4. | ¿Está embarazada usted? |
| | | 5. | ¿Cuales de las siguientes enfermedades ha tenido? |
| SI | NO | | Murmura del Corazón |
| SI | NO | | Fiebre reumática |
| SI | NO | | Enfermedades del corazón |
| SI | NO | | Alta presión la sangre |
| SI | NO | | Diabetes |
| SI | NO | | SIDA o VIH+ |
| SI | NO | | Tuberculosis |
| SI | NO | | Epilépsia |
| SI | NO | | Asma |
| SI | NO | | Infección del Hígado - Hepatitis |
| SI | NO | | O alguna otra condición que puede hacerle dano a los empleados de la clinica dental? |
| SI | NO | 6. | ¿Puede usted tomar penicilina? |
| SI | NO | 7. | ¿Ha tenido alergia o una reacion inusual a la penicilina o a otras drogas? |
| | | | ¿Cuales drogas? _____ |
| | | | ¿Si tiene alergia a la penicilina, que antibiotico puede tomar? _____ |
| SI | NO | 8. | ¿Está alérgico a los anesteticos dentales? |
| SI | NO | 9. | ¿No se ha sangrado usted exesivamente requeriendo tratamiento especial? |
| SI | NO | 10. | ¿Se la hacen moretones muy facil? |
| SI | NO | 11. | ¿Ha tenido cirugia o tratamiento de rayos-x para un tumor, crecimiento raro u otra condición? |
| SI | NO | 12. | ¿Tiene tendencia al desmayo o de sentirse atarantado? |
| SI | NO | 13. | ¿Tiene alguna condición en su boca que le causa dolor o le molesta? |
| | | | (Dolor de diente, problemas de encia, etc...) |
| SI | NO | 14. | ¿Tiene un resfrio o mal de garganta? |
| SI | NO | 15. | ¿Toma usted agua de la ciudad? |
| SI | NO | | ¿Si no, y esta tomando agua de noria, ha sido examinada por volumen de fluoruro? |
| | | 16. | Haga un círculo en las clases de fluoruro recibe: pasta dental; gelatina dental; enjage de boca en la escuela; tabletas de fluoruro; otra _____ ; ninguna. |
| SI | NO | 17. | ¿Ud. fuma o usa tabaco de mascar? |
| SI | NO | 18. | ¿Usa ud su cinturon o el cinturon para el niño cuando van en su vehiculo? |
| SI | NO | 19. | ¿Están sus datos de vacunas completas? |
| SI | NO | 20. | ¿Hay información adicional de su salud en general que necesitamos saber? |

UPDATE: _____

ES IMPORTANTE QUE NOS INFÓRME DE CUALQUIER CAMBIO EN SU SALUD EN CADA VISITA