



ORTHOLINE FAMILY DENTISTRY

Nombre y Apellido: _____ F. D. Nacimiento: / /

Teléfono: _____ Celular: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Menor de edad _____ Soltero: _____ Casado: _____ Divorciado: _____ Viudo: _____ Separado: _____

Con seguro _____ Sin seguro _____

Doctor primario _____

Contacto de Emergencia _____ teléfono _____

HISTORIA MEDICA: TUVO O TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES:

Problemas Articulares SI ____ NO ____	Cáncer SI ____ NO ____
Artritis Reumatoide SI ____ NO ____	Terapia de Radiación SI ____ NO ____
Fiebre Reumática SI ____ NO ____	Problemas respiratorios SI ____ NO ____
Fiebre escarlata SI ____ NO ____	Asma SI ____ NO ____
Glaucoma SI ____ NO ____	Respiración Entrecortada SI ____ NO ____
Dolor de Cabeza SI ____ NO ____	Tuberculosis SI ____ NO ____
Tratamiento con esteroides SI ____ NO ____	Enfermedad Renal SI ____ NO ____
Epilepsia /Convulsiones SI ____ NO ____	Problemas de las tiroides SI ____ NO ____
Diabetes SI ____ NO ____	Fumador YES ____ NO ____
Presión Arterial ALTA ____ BAJA ____	Úlceras estomacales SI ____ NO ____
Problemas Circulatorios SI ____ NO ____	Problemas en Hígado SI ____ NO ____
Infarto SI ____ NO ____	Hepatitis YES ____ NO ____
Problemas Cardíacos SI ____ NO ____	Problemas Sanguíneos SI ____ NO ____
Problemas de Coagulación SI ____ NO ____	Sida/VIH+ SI ____ NO ____
Prolapso en Válvula Mitral SI ____ NO ____	Herpes SI ____ NO ____
Válvula artificial (corazón) SI ____ NO ____	Sífilis SI ____ NO ____
Angina de pecho SI ____ NO ____	Problemas Psiquiátricos SI ____ NO ____
Posee Marcapaso SI ____ NO ____	Ataques de ansiedad SI ____ NO ____

HISTORIA ODONTOLÓGICA:

Te sangran las encías durante el cepillado o

Usando el Hilo Dental: SI ____ NO ____

Tus dientes son sensibles al frío, calor, dulce o ácido: SI ____ NO ____

Sufres de Aftas bucales: SI ____ NO ____

Aprietas o Rechinas los dientes: SI ____ NO ____

Tu mandíbula suena o hace clic al abrir: SI ____ NO ____

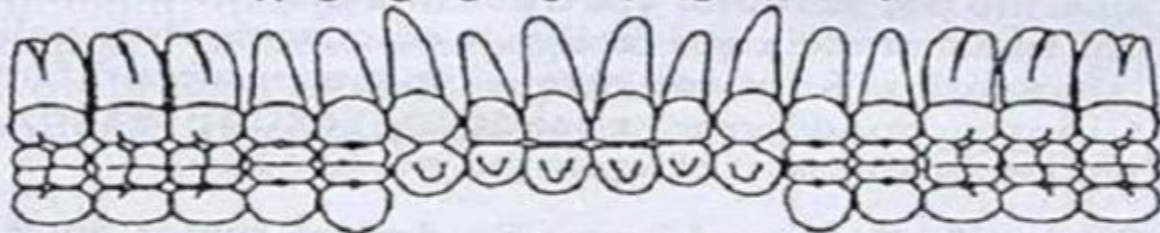
Necesitas tomar antibiótico antes del tratamiento odontológico: SI ____ NO ____

Paciente o Representante Legal

Fecha: / /

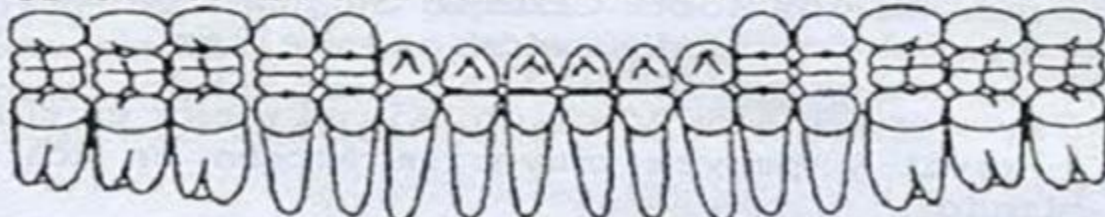
ODONTOGRAMA

A B C D E F G H I J



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17



T S R Q P O N M L K