



CHANGE YOUR SMILE

ESTHETIC AND IMPLANT DENTISTRY

KYONOBU TAKIZAWA
C.D.E.P. REHABILITACIÓN ORAL E IMPLANTOLOGÍA

Cédula Profesional:
8894561

LA SIGUIENTE INFORMACION ES INDISPENSABLE PARA HACER UN DIAGNOSTICO
Y OFRECER EL TRATAMIENTO INDICADO A SU CONDICION DE SALUD
Esta información será confidencial

ALERTA MÉDICA

Fecha: _____

| | | |
|--|--|---|
| Nombre (s) | Apellido Paterno | Apellido Materno |
| Ocupación: _____ | Estado Civil _____ | |
| Fecha de Nacimiento _____ <small>Día/Mes/Año</small> | Edad: _____ | |
| Domicilio part.: _____ | <small>calle colonia/ciudad/estado/código postal</small> | |
| Teléfono: _____ | Celular: _____ | Correo Electrónico _____ |
| Empresa donde trabaja / escuela: _____ | | |
| Puesto que ocupa / grado que cursa: _____ | | |
| Dirección: _____ | <small>calle/colonia/ciudad/estado/código postal</small> | |
| Nombre de su esposo(a): _____ | | |
| Ocupación de su esposo(a): _____ | | |
| Teléfono: _____ | Celular: _____ | No. de personas que dependen de mi: _____ |
| Nombre de mi médico: _____ | Teléfono: _____ | |
| Nombre de mi dentista: _____ | Teléfono: _____ | |
| Mi último tratamiento dental fue: _____ <small>Fecha</small> | | |
| Persona responsable de pago de honorarios del tratamiento: _____ | | |
| Dirección: _____ | Teléfono: _____ | |
| RFC: _____ | | |
| A quien agradecemos su referencia: _____ | | |
| MOTIVOS DE ESTA CONSULTA: _____ | | |

Menor de edad es necesario firma del padre/madre o tutores.

Nombre

Firma

Como considera su estado de salud general: Buena Regular Mala
 De salud bucal: Buena Regular Mala
 Esta Ud. bajo algún tratamiento médico actualmente:
 No Si Cual?
 ¿Cuándo fue su último tratamiento médico?

Esta tomando alguno de estos medicamentos

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antibióticos o sulfas | <input type="checkbox"/> Nitroglicerina |
| <input type="checkbox"/> Anticoagulantes | <input type="checkbox"/> Hormonas |
| <input type="checkbox"/> Aspirinas u otro analgésico | <input type="checkbox"/> Vitaminas |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos para la presión sanguínea | <input type="checkbox"/> Tranquilizantes |
| <input type="checkbox"/> Cortisona - esteroides | <input type="checkbox"/> Marihuana o algún otro |
| <input type="checkbox"/> Insulina, tolbutamida | <input type="checkbox"/> Medicamentos naturistas |
| <input type="checkbox"/> Derivados de digital | <input type="checkbox"/> Otros |

Ha bajado o subido de peso últimamente: Si No
 Ha tenido reacción a la anestesia dental: Si No
 Ha tenido reacción algún medicamento: Si No
 Describa: _____

¿Que acostumbra Ud. tomar para dolores de cabeza o algún otro dolor?
 Lista de medicamentos

| Nombre | Dosis | ¿Cuantas Veces al día? |
|--------|-------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Marque en el recuadro a las siguientes enfermedades que padezca:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta | <input type="checkbox"/> Artritis (reuma o hinchazones en articulaciones) |
| <input type="checkbox"/> Presión sanguínea baja | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos | <input type="checkbox"/> Gastritis |
| <input type="checkbox"/> Arteriosclerosis | <input type="checkbox"/> Úlcera gastrointestinal |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hernia hiatal |
| <input type="checkbox"/> Problemas del riñón | <input type="checkbox"/> Reflujo esofágico |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Alergias |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Tos persistente | |

P.A: Primera Cita: _____ 2ª Cita: _____ Otras: _____

- ¿Ha tenido convulsiones o ataques?
- ¿Se ha encontrado alguna vez en un tratamiento psicológico o psiquiátrico?
- ¿Tiene tendencia a desmayarse?
- ¿Se cansa fácilmente al subir escaleras?
- ¿Ha tenido sangrado excesivo alguna vez?
- ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas?
- ¿Ha recibido tratamiento de radiación o quimioterapia?
- ¿Fuma Ud.? _____ ¿Cuántos cigarrillos al día? _____ ¿Desde cuando? _____
- Toma Ud. bebidas alcohólicas _____ ¿con qué frecuencia? _____

| | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|--|
| Tiene algún dolor en su boca en este momento. | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Lo desconozco <input type="checkbox"/> |
| | Donde _____ | | |
| Ha recibido tratamiento en sus encías | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Lo desconozco <input type="checkbox"/> |
| | Cuando _____ | | |
| Ha tenido sus encías inflamadas, o con postemillas: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Lo desconozco <input type="checkbox"/> |
| Sangran sus encías: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Lo desconozco <input type="checkbox"/> |
| Ha notado mal aliento y sabor en su boca: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Lo desconozco <input type="checkbox"/> |
| Acostumbra a respirar frecuentemente por su boca: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Lo desconozco <input type="checkbox"/> |
| Padece frecuentemente de aftas o ulceraciones en su boca | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Lo desconozco <input type="checkbox"/> |
| Tiene dientes sensibles al calor, frío o lo dulce: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Lo desconozco <input type="checkbox"/> |
| | ¿Cual? _____ | | |
| Tiene usted dientes flojos: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Lo desconozco <input type="checkbox"/> |
| | ¿Cual? _____ | | |
| Se le han separado sus dientes últimamente: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Lo desconozco <input type="checkbox"/> |
| Ha tenido ortodoncia para enderezar sus dientes: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Lo desconozco <input type="checkbox"/> |
| Le agrada a usted la apariencia de su boca: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Lo desconozco <input type="checkbox"/> |
| | Porque _____ | | |
| Se ha sentido más tensionado últimamente: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Lo desconozco <input type="checkbox"/> |
| | Porque _____ | | |
| Ha notado si con frecuencia aprieta o rechinan sus dientes: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Lo desconoce <input type="checkbox"/> |
| Mastica usted con todos sus dientes: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Lo desconozco <input type="checkbox"/> |
| | Porque _____ | | |
| Tiene dientes que están más sensibles al morder o presionar: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Lo desconozco <input type="checkbox"/> |
| Le afectaría a usted si tuviera que perder sus dientes | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Lo desconozco <input type="checkbox"/> |
| Cepilla sus dientes por lo menos dos veces al día. | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Lo desconozco <input type="checkbox"/> |
| Utiliza hilo dental, palillos dentales, irrigadores de agua | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Lo desconozco <input type="checkbox"/> |
| | ¿Cual? _____ | | |
| Ha tenido usted malas experiencias con algún dentista: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Lo desconozco <input type="checkbox"/> |
| Sabe usted SI forma sarro o placa dentobacteriana rápidamente | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Lo desconozco <input type="checkbox"/> |
| Acostumbra usted a desayunar, comer y cenar: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Cual no: _____ |
| Esta o ha estado usted en alguna dieta: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Motivo: _____ |

DAMAS SOLAMENTE

| | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| Esta usted embarazada: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Lo desconozco <input type="checkbox"/> |
| Espera usted embarazarse pronto: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | |
| Esta usted amamantando: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | |

Ha tenido algún aborto:

SI NO

Ha tenido problemas con su período menstrual:

SI NO

Esta usted o ha pasado su menopausia "cambio de vida":

SI NO

Ha tenido histerectomía o alguna otra cirugía ginecología:

SI NO

Toma usted píldoras anticonceptivas u hormonas:

SI NO

Lo desconozco

Cual: _____

Tiene usted alguna enfermedad, condición o problema que no este en esta lista y que crea usted que debiéramos conocer.

Por favor escríbalo:

Hasta donde yo conozco todas las preguntas anteriores las he contestado con la verdad y son ciertas. Si hay algún cambio me hago responsable de informar al Doctor.

Nombre

Firma

Fecha: _____