

Historial Médico

Patient Name: _____

Birth Date: _____

Date Created: _____

Aunque nuestro personal dental traten principalmente el área alrededor y adentro de la boca, la boca es una parte de su cuerpo entero. Los problemas de salud que pueda tener, o un medicamento

¿Se encuentra bajo cuidado de un médico ahora? Yes No If yes _____

¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor? Yes No If yes _____

¿Alguna vez tenido una grave lesión en el cuello o la cabeza? Yes No If yes _____

¿Está tomando algún medicamento o pastillas? Yes No If yes _____

¿Toma usted, o han tomado Phen-Fen o Redux? Yes No If yes _____

¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o a otros medicamentos que contienen bisfosfonatos? Yes No If yes _____

¿Está en una dieta especial? Yes No If yes _____

¿Utiliza el tabaco? Yes No If yes _____

¿Utiliza sustancias controladas? Yes No If yes _____

Las mujeres: ¿Está usted

Embarazada o tratando de quedar embarazada

Tomando anticonceptivos orales?

Dando pecho?

¿Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes?

Aspirina

Penicilina

Codeína

Anestésicos Locales

Acrílico

Metal

Látex

Las sulfas

¿Tiene otras alergias?

If yes _____

¿Tiene o ha tenido alguna de los siguientes?

- SIDA/VIH positivo Yes No
- Enfermedad Alzheimer Yes No
- Anafilaxia Yes No
- Anemia Yes No
- Dolores de Pecho Yes No
- Artritis/Gota Yes No
- Válvula de Corazón Artificial Yes No
- Articulación Artificial Yes No
- Asma Yes No
- Enfermedades de la Sangre Yes No
- Transfusión de Sangre Yes No
- Problema Respiratorio Yes No
- Magulla Fácilmente Yes No
- Cáncer Yes No
- Quimioterapia Yes No
- Ataque Cardíaco/los Colapso Cardíaca Yes No
- Soplo en el Corazón Yes No
- Marcapasos Cardíaco Yes No
- Problemas/Enfermedades de Corazón Yes No

- Cortisona Medicina Yes No
- Diabetes Yes No
- Drogadicción Yes No
- Va el Aliento Yes No
- Enfisema Yes No
- Epilepsia Yes No
- Sangrado Excesivo Yes No
- Sed Excesiva Yes No
- Desmayos/Mareos Yes No
- Tos Frecuente Yes No
- Diarrea Frecuente Yes No
- Dolres de Cabeza Frecuentes Yes No
- Herpes Genital Yes No
- Glaucoma Yes No
- Fiebre de Heno Yes No
- Osteoporosis Yes No
- Dolor en la Quijada Yes No
- Enfermedad Paratiroidea Yes No
- Atención Psiquiátrica Yes No

- Hemofilia Yes No
- Hepatitis A Yes No
- Heaptitis B o C Yes No
- Herpes Yes No
- Presión Alta Yes No
- Colesterol Alta Yes No
- Urticaria o Erupción Cutanea Yes No
- Hipoglucemia Yes No
- Culebrilla Yes No
- Problemas Renales Yes No
- Leucemia Yes No
- Escarlatina Yes No
- Presión Baja Yes No
- Convulsiones Yes No
- Amigdalitis Yes No
- Tuberculosis Yes No
- Tumores Yes No
- Úlceras Yes No
- Icterida Yes No

- Tratamientos de Radiación Yes No
- Pérdida de Peso Reciente? Yes No
- Diálisis Renal Yes No
- Fiebre Reumática Yes No
- Reumatismo Yes No
- Enfermedad Hepatica Yes No
- Latidos Cardíacos Irregulares Yes No
- Enfermedad de Células Falciformas Yes No
- Problemas de Sinusitis Yes No
- Espina Bífida Yes No
- Enfermedad Intestinal Yes No
- Accidente Cerebrovascular Yes No
- Hinchazón de las Extremidades Yes No
- Enfermedad de la Tiroides Yes No
- Prolapso de la Válvula Mitral Yes No
- Herpes Labial Yes No
- Enfermedad Cardíaca Congenital Yes No
- Enfermedad Pulmonary Yes No
- Enfermedades Venéreas Yes No

¿Ha tenido alguna enfermedad grave no figuran en la lista anterior? Yes No

If yes _____

Comentarios:

Acknowledgement

A lo mejor de mi conocimiento, las cuestiones de este formulario han sido contestadas con predisión. Entiendo que el hecho de proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud o del paciente. Que es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio de condición médica.

Signature of Paciente, Padre o Tutor: _____

X

Date: _____