

**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 que usted esté tomando, podría tener una importante relación con el tratamiento que usted recibirá. Gracias por la responder a las

¿Se encuentra bajo cuidado de un médico ahora?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	If yes	_____
¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	If yes	_____
¿Alguna vez tenido una grave lesión en el cuello o la cabeza?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	If yes	_____
¿Está tomando algún medicamento o pastillas?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	If yes	_____
¿Toma usted, o han tomado Phen-Fen o Redux?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	If yes	_____
¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o a otros medicamentos que contienen bisfosfonatos?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	If yes	_____
¿Está en una dieta especial?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	If yes	_____
¿Utiliza el tabaco?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	If yes	_____
¿Utiliza sustancias controladas?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> 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?

<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Penicilina	<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/> Anestésicos Locales
<input type="checkbox"/> Acrílico	<input type="checkbox"/> Metal	<input type="checkbox"/> Látex	<input type="checkbox"/> Las sulfas

¿Tiene otras alergias?  If yes \_\_\_\_\_

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes?

SIDA/VIH positivo	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Cortisona Medicina	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Hemofilia	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Tratamientos de Radiación	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Enfermedad Alzheimer	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Diabetes	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Hepatitis A	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Pérdida de Peso Reciente?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Anafilaxia	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Drogadicción	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Heaptitis B o C	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Diálisis Renal	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Anemia	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Va el Aliento	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Herpes	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Fiebre Reumática	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Dolores de Pecho	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfisema	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Presión Alta	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Reumatismo	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Artritis/Gota	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Epilepsia	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Colesterol Alta	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfermedad Hepatica	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Válvula de Corazón Artificial	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Sangrado Excesivo	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Urticaria o Erupción Cutanea	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Latidos Cardíacos Irregulares	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Articulación Artificial	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Sed Excesiva	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Hipoglucemia	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfermedad de Células Falciformes	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Asma	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Desmayos/Mareos	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Culebrilla	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Problemas de Sinusitis	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Enfermedades de la Sangre	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Tos Frecuente	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Problemas Renales	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Espina Bífida	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Transfusión de Sangre	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Diarrea Frecuente	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Leucemia	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfermedad Intestinal	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Problema Respiratorio	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Dolres de Cabeza Frecuentes	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Escarlatina	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Accidente Cerebrovascular	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Magulla Fácilmente	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Herpes Genital	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Presión Baja	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Hinchazón de las Extremidades	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Cáncer	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Glaucoma	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Convulsiones	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfermedad de la Tiroides	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Quimioterapia	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Fiebre de Heno	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Amigdalitis	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Prolapso de la Válvula Mitral	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Ataque Cardíaco/los Colapso Cardíaca	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Osteoporosis	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Tuberculosis	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Herpes Labial	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Soplo en el Corazón	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Dolor en la Quijada	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Tumores	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfermedad Cardíaca Congenital	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Marcapasos Cardíaco	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfermedad Paratiroidea	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Úlceras	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfermedad Pulmonary	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Problemas/Enfermedades de Corazón	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Atención Psiquiátrica	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Ictericia	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfermedades Venéreas	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> 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 precisión. 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: \_\_\_\_\_