

HISTORIA MÉDICA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____

Aunque el personal dental trata principalmente el área dentro y alrededor de la boca, ésta es parte de su cuerpo. Algun problemas de salud que usted pudiera presentar, o alguna medicación que este tomando, podrían tener una relación importar con el tratamiento dental que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas:

- Se encuentra bajo el cuidado de un médico en este momento?
Ha sido hospitalizado o ha tenido una operación importante?
Tiene o ha tenido alguna herida seria en la cabeza o cuello?
Esta tomando alguna medicación, pastilla o droga?
Esta tomando Phen-Fen o Redux?
Esta en alguna dieta especial?
Usa tabaco?
Usa sustancias controladas?

Mujeres: Esta Usted:
Embarazada
Amamantando
Tomando Anticonceptivos Orales

Es Usted alérgico a alguna de las siguientes?

- Aspirina, Penicilina, Codeina, Acrílico, Metal, Latex, Anestésicos Locales
Otros. Explique:

Tiene o ha tenido alguna de las siguientes?:

- SIDA/HIV Positivo, Dolores de Pecho, Jaquecas frecuentes, Pulso irregular, Fiebre escarlata
Enfermedad de Alzheimer, Vejigas, Herpes genital, Problemas de riñón, Herpes Zoster
Anafilaxis, Cardiopatía Congenita, Glaucoma, Leucemia, Enfermedad de Sickle
Anemia, Convulsiones, Rinitis Alérgica, Enfermedad del Hígado, Sinusitis
Angina, Medicina con Cortisona, Ataque cardíaco, Tensión baja, Espina bifida
Artritis/Gota, Diabetes, Soplo cardíaco, Enfermedad pulmonar, Enfermedad estomacal
Válvula Cardíaca Artificial, Adicción de Drogas, Marcapasos, Prolapso de valvula mitral, Derrame
Articulación Artificial, Se sofoca con facilidad, Enfermedad cardíaca, Dolor en la mandíbula, Inflamacion de Extremida
Asma, Enfisema, Hemofilia, Enfermedad de paratiroides, Enfermedad de la tiroid
Enfermedades de la Sangre, Epilepsia o ataques, Hepatitis A, Cuidado psiquiátrico, Amigdalitis
Transfusión de sangre, Sangrado excesivo, Hepatitis B o C, Tratamiento con radiación, Tuberculosis
Problemas Respiratorios, Sed excesiva, Herpes, Perdida de peso reciente, Tumores o crecimiento:
Moretones con Facilidad, Desmayos/mareos, Tension alta, Diálisis renal, Ulceras
Cáncer, Tos frecuente, Urticaria, Fiebre reumática, Enfermedad venérea
Quimioterapia, Diarrea frecuente, Hipoglicemia, Reumatismo, Ictericia

Ha tenido Usted alguna enfermedad seria que no aparezca en la lista anterior? Sí No Explique:

En pleno conocimiento, las respuestas en esta forma han sido respondidas con exactitud. Comprendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del Paciente). Es mi responsabilidad informar al consultorio de cualquier cambio en mi estatus médico.

FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O GUARDIAN _____ FECHA _____