

Historial Medico

Aunque el personal dental trate principalmente el área en y alrededor de la boca, esta es una parte de su cuerpo entero. Los problemas de la salud que usted puede tener, o la medicina que usted puede estar tomando, podrían tener una interrelación importante con el tratamiento dental que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- ¿Actualmente esta usted bajo cuidado medico? Si No Explique: _____
- ¿Ha sido alguna vez hospitalizado o tenido una operación mayor? Si No Explique: _____
- ¿Ha tenido usted alguna vez herida de cuello o cabeza? Si No Explique: _____
- ¿Esta tomando algun medicamento, pastillas o drogas? Si No Explique: _____
- ¿Toma actualmente, o alguna vez ha tomado, la droga Phen-Fen o Reflux? Si No
- ¿Tiene usted alguna dieta especial? Si No
- ¿Usa usted algun producto del tabaco? Si No
- ¿Usa usted sustancias controladas? Si No
- Mujeres Solamente**
Esta usted: Embarazada o intentando? Usando anticonceptivos?
 Lacteando?

¿Es usted alergico a cualquiera de los siguientes?

- Aspirina Penicilina Codeina Anestesia local Acrilico Metal Latex Otro _____

¿Ha tenido o tiene usted alguna de las siguientes condiciones?

- | | | | | |
|---|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA o HIV positivo | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza frecuente | <input type="checkbox"/> Latido del corazón irregular | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlata |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer | <input type="checkbox"/> Llagas o Ampollas en la boca | <input type="checkbox"/> Herpes genital | <input type="checkbox"/> Problemas del los riñones | <input type="checkbox"/> Las tabilllas |
| <input type="checkbox"/> Anaphylaxis | <input type="checkbox"/> Desorden congénito / corazón | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Lucemia | <input type="checkbox"/> La célula de la hoz |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Problema de sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Medicina de cortisona | <input type="checkbox"/> Ataque o fallo del corazón | <input type="checkbox"/> Presion baja | <input type="checkbox"/> Bifida de la espina |
| <input type="checkbox"/> Artritis / Gota | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Murmullo del corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad del pulmón | <input type="checkbox"/> Enfermedad estomacal o intestinal |
| <input type="checkbox"/> Valvula del corazon artificial | <input type="checkbox"/> Adiccion a drogas | <input type="checkbox"/> Marca paso | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula de mitral | <input type="checkbox"/> Infartos |
| <input type="checkbox"/> Coyuntura artificial | <input type="checkbox"/> Fácilmente marcado | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Aflija en coyunturas de mandíbula | <input type="checkbox"/> Infalacion de extremidades |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Enfermedad parathyroid | <input type="checkbox"/> Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> Ataques o Epilepsia | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Cuidado siquiátrico | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Sangramiento excesivo | <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C | <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiacion | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Problemas de respiracion | <input type="checkbox"/> Sed excesiva | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Pérdida reciente de peso | <input type="checkbox"/> Tumores o crecimientos |
| <input type="checkbox"/> Problemas de circulacion | <input type="checkbox"/> Desmayos o Mareo | <input type="checkbox"/> Presion alta | <input type="checkbox"/> Diálisis renal | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Colmenas o el sarpullido | <input type="checkbox"/> Fiebre rheumatica | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea |
| <input type="checkbox"/> Qimoterapia | <input type="checkbox"/> Diarrea frecuente | <input type="checkbox"/> Hipoglicemia | <input type="checkbox"/> Reumatismo | <input type="checkbox"/> Ictericia amarilla |

¿Ha tenido alguna otra enfermedad grave no mencionada arriba? Si No Explique: _____

Comentarios: _____

De acuerdo a mi conocimiento, he llenado este formulario lo mejor posible. Entiendo que dar información incorrecta puede ser peligroso a mi salud (o a la salud del paciente). Es mi responsabilidad de informarle a esta oficina dental de cualquier cambio con respecto a mi salud (o a la salud del paciente).

Firma del paciente, padre, o guardián

Fecha