

Nombre:	Fecha de nacimiento:
---------	----------------------

HISTORIA MEDICA

Si No

¿Esta bajo cuidado medico?

Nombre del medico _____

Teléfono del medico _____

Haga una lista de todas las hospitalizaciones y visitas a la sala de emergencia.

¿Esta bajo medicamento (incluyendo vitaminas or suplementos herbarios)? Por favor lista:

¿Esta bajo medicamentos para tratar la osteoporosis como Fosamax, Actonel, Aredia, Boniva or Zometa ?

¿Alguna vez ha tomado Phen-Fen/Redux/Pondimin?

Para Mujeres:

¿Esta tomando píldoras anticonceptivas?

¿Esta embarazada? Si es asi, indique la fecha prevista de nacimiento: _____

¿Esta dando pecho?

¿Usted ha tenido las siguientes enfermedades o problemas médicos?

- Abuso de alcohol/drogas
- Anemia
- Artritis
- Coyunturas/válvulas artificiales
- Asma
- Problemas de Sangrado
- Transfusión de Sangre
- Cáncer/Quimioterapia
- Defecto congénito del corazón

Si No

- Diabetes
- Problemas respiratorios
- Enfisema
- Epilepsia/ Ataques
- Desmayos/ mareos
- Dolor de cabeza/migrañas
- Ataque de corazón/ Embolia
- Soplo cardiaco
- Cirugía del corazón
- Hepatitis
- Herpes/ ampollas
- Alta presión
- HIV⁺ o SIDA
- Problemas del riñón
- Enfermedad del hígado
- Prolapso del válvula mitral
- Marcapasos
- Implante/ válvulas
- Problemas psiquiátricos
- Tratamiento de radioterapia
- Fiebre Reumática
- Sinusitis
- Fuma usted o usa tabaco
- Enfermedad de la tiroides
- Tuberculosis
- Ulcera

Por favor indique cualquier otra condición medica que no esta nombrada en la lista:

Es alérgico(a) a lo siguiente:

- Aspirina
- Codeína
- Anestésicos dentales
- Erythromycin
- Látex
- Metales
- Penicilina
- Sulfa
- Tetracycline

Por favor de indicar cualquier otro medicamento/ materials que le produzcan alergias:

HISTORIA DENTAL

Razón por la que ha venido:

Fecha de la última visita al dentista.

Si No

¿Actualmente tiene dolor?

¿Requiere antibióticos antes de su tratamiento dental?

¿Alguna vez ha tenido dificultades o serios problema asociados con un procedimiento dental?

¿Ha sido atendido por el siguiente problema dental?

- Sangrado de ensilla
- Mandíbula chasqueante o que produce ruidos
- Dolor crónico en la cara
- Apretar/rechinar los dientes
- Tratamiento o cirugía de las encías
- Dientes flojos
- Dolor al masticar
- dolor o sensibilidad en los dientes
- ¿Le gustaria tener dientes más blancos?
- Esta contento con su sonrisa?

Por la presente certifico que he leído y completado el cuestionario de salud en su totalidad. He dado a conocer los problemas médicos de los que tengo conocimiento. El suscrito certifica y da su consentimiento para que se realicen los rayos-x y el examen necesario.

Firma del paciente (guardián) Fecha

Firma del doctor Fecha