

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ inicial del segundo nombre _____

Historial Médico

¿Cuál es su estimación de su salud en general? ___ Buena ___ Pobre ___ Fair

Si No ¿Está usted actualmente bajo el cuidado regular de un médico? En caso afirmativo, ¿para qué? _____

Si No Usted fuma? En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? _____ ¿Cuánto? _____

¿Alguna vez ha tenido o cualquiera de las condiciones enumeradas a continuación? Por favor, marque la casilla correspondiente?

Si	No		Si	No		Si	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fiebre de heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	asma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	problemas de sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	problemas respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	artritis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	prótesis articulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anemia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sangrado excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fácil aparición de moretones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	carrera
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ataque del corazón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dolor / presión en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	falta de aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hipertensión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	presión arterial baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	válvulas protésicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	marcapasos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tumores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tratamiento de radiación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tratamiento de quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	enfermedad de la tiroides
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	trastornos nerviosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	epilepsia, ataques
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	desmayo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesiones en la cabeza
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mareo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	trastornos mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	enfermedad hepática
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	problemas estomacales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	trastorno inmunitario
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	escarlatina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fiebre reumática
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	reumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	enfermedad venérea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La infección por VIH, el SIDA

Si alguna de las condiciones anteriores está marcado "sí", por favor explique.

Si usted tiene cualquier otra condición que se sienta que debemos tener en cuenta, por favor indique aquí.

Medicamentos:

Por favor, una lista de todos los medicamentos o drogas (con receta y de venta libre) que esté tomando.

¿H tenido alguna vez reacción a cualquier de las siguientes sustancias? Por favor marque la casilla apropiada?

Si	No		Si	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	enicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sulfamidas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	codeína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aspirina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pastillas para dormir (Valium, Halcion, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La tetraciclina / Coxycycline
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anestesia dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ibuprofeno
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La clindamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vicodin
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	látex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro _____

Médico _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____

Fecha su último Físico _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ inicial del segundo nombre _____

Historia Dental

¿Cuál es su principal queja hoy? _____

Por favor marque la casilla correspondiente a continuación.

Si	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Sus dientes le molestan?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene usted algún dolor y / o entumecimiento de la mandíbula?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene algún problema de mascar?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Es usted gag fácilmente?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usted sufre de sequedad en la boca o la falta de saliva?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido problemas serios asociados con cualquier tratamiento dental previo?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Sus encías sangran?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez has tenido un tratamiento periodontal (de las encías)?

Si usted contestó sí a alguna de las preguntas anteriores, por favor explique.

Dentista General _____ Cuidad _____

¿Cuánto tiempo lo her estado viendo/ella?

Cuánto hace que él / ella estado viendo usted? _____

¿A Quién podemos agradecer por referirse usted? _____

Para las mujeres:

¿Está embarazada? Si No

?En caso afirmativo, ¿qué mes _____

¿Está amamantando? Si No

¿Está tomando medicación anticonceptiva? Si No

Entiendo que la información anterior es necesaria para proporcionarme el cuidado dental de una manera segura y eficiente. **He respondido a todas las preguntas al mejor de mi conocimiento. Si se necesitara mas informacion, tienes mi permiso para pedir al proveedor de atención medica respectiva agencia liberar dicha información a usted. Notificaré de inmediato al médico de cualquier cambio en mi salud o medicamentos.**

Paciente / Nombre del Padre / Guardián (letra de imprenta)

Relación con el Paciente

Firma

Fecha

Esperamos contar con su presencia.