

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

¿Sufrir o ha sufrido de los siguientes? Por favor explique

¿Cardiopatía congénita, enfermedad cardiovascular (ataque cardiaco, soplo cardiaco, enfermedad de arteria coronaria, dolor de pecho, presión arterial alta/baja, derrame cerebral, latidos de corazón irregulares, cirugía cardiaca, marcapaso)? SI NO _____	¿Enfermedad pulmonar (asma, enfisema, COPD, tos crónica, bronquitis, neumonía, tuberculosis, falta de aire, tos severa)? SI NO _____
¿Articulaciones artificiales en algún lugar del cuerpo (válvula del corazón, marcapaso, cadera, rodilla)? SI NO _____	¿Trastorno hemorrágico, anemia, tendencia a sangrar, transfusión de sangre? ¿Te magullas fácilmente (moretón)? SI NO _____
¿Enfermedad del riñón? ¿Diálisis? SI NO _____	¿Enfermedad del hígado (ictericia, hepatitis A, B o C)? SI NO _____
¿Dolor en la articulación mandibular o dificultad al abrir la boca? ¿Aprieta o muele los dientes? SI NO _____	¿Quimioterapia o trasplantes? ¿Cáncer? ¿Dónde y cuando fue el último tratamiento? SI NO _____
¿Pérdida o ganancia de peso significativa? SI NO _____	¿Convulsiones, epilepsia, desmayo, mareo? SI NO _____
¿Tiene alguna otra enfermedad, condición o problema no mencionado? SI NO _____	¿Ha tenido cirugía en los últimos 3 años, ha estado hospitalizado o ha tenido alguna vez una cirugía mayor? SI NO _____
¿Se le requiere que tome antibióticos antes de tratamientos dentales? SI NO _____	¿Está tomando algún medicamento, pastillas o drogas? SI NO _____
¿Está bajo el cuidado de algún doctor? SI NO _____	¿Ha tenido tratamiento con un Periodoncista? SI NO _____
¿Ha tomado alguna vez Fosamax, Boniva, Actonel u otro medicamento que contiene bifosfonato? SI NO _____	¿Toma o ha tomado pastillas de dieta o suplementos de ejercicio? SI NO _____

Alzheimer	S N	Anafilaxia	S N	Artritis	S N	Enfermedad de tiroides	S N
Herpes Labial	S N	Herpes Genitales	S N	Diabetes	S N	Abuso de alcohol/droga	S N
Medicina de Cortisona	S N	Glaucoma	S N	Colesterol Alto	S N	Herpes	S N
Úlcera estomacal/colitis	S N	Urticaria/Sarpullido	S N	VIH/SIDA	S N	VPH	S N
Enfermedad Paratiroidea	S N	Leucemia	S N	Herpes zoster	S N	Prolapso válvula mitral	S N
Osteoporosis/Osteopenia	S N	Hipoglicemia	S N	Fiebre reumática	S N	Reumatismo	S N
Problemas de salud mental	S N	Tumores o crecimientos	S N	Fiebre escarlata	S N	Célula falciforme	S N
Sinusitis o problemas nasales	S N	Espina bífida	S N	Enfermedad venérea	S N	Enfermedad neurológica	S N

Mujeres:

¿Hay posibilidad de que este embarazada? S N	¿Está lactando? S N	¿Está tomando anticonceptivo o remplazo de hormonas? S N
--	---------------------	--

ALERGIAS

Tiene alergias a, o ha tenido alguna reacción adversa a:

Codeína u otro analgésico	S N	Acrílico	S N	Productos alimenticios	S N
Aspirina, Motrin, Aleve, Ibuprofeno	S N	Metales	S N	Sedativos, barbitúricos	S N
Anestesia local o epinefrina	S N	Látex	S N	Sulfa	S N
Penicilina u otro antibiótico _____		Otro:			

Estas preguntas han sido correctamente contestadas con mi mayor conocimiento. Entiendo que el proveer información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o salud del paciente). Es mi responsabilidad informarle a la oficina dental de cualquier cambio en mi estatus de salud.

Firma del Paciente o Guardian

Firma del Doctor

Fecha