HISTORIA MEDICA

Nombre del Paciente_____

El personal dental tratara la area de adentro y alrededor de su boca, es parte de su cuerpo. Problemas médicos que usted tenga, medicamentos que usted esté tomando, pueden tener interrelación con el trabajo dental que usted reciba, gracias por contestar las siguientes preguntas:

Esta bajo cuidado médico? O Sí O No O N/A_____

Alguna vez ha estado Hospitalizado(a)? O Sí O No O N/A_____

Alguna vez se ha lastimado serio el cuello/cabeza? O Sí O No O N/A_____

Está tomando medicamentos,pastillas,drogas? O Sí O No O N/A_____

Usted toma o/ ha tomado Phen-Fen o/Redux? O Sí O No O N/A Usted usa cigarro\tabaco? O Sí ONo O N/A

Esta bajo dieta especial? O Sí O No O N/A Esta usando una sustancia controlada? O Sí O No O N/A

Mujer:Esta usted ☐ Embarazada/tratando de quedar embarazada? ☐ Dando pecho? ☐ pastillas anticoncetivas?

Es usted alergico(a) a lo siguiente:?_____
☐ Aspirina ☐ Penicilina ☐ Codine ☐ Acrilico ☐ Metal ☐ Latex ☐ Anestecia Local ☐ Otros_____

Usted tiene a han tenido lo siguiente?_____

☐ Sida/HIV positivo	☐ Dolor de pecho	☐ Frecuente dolor de cabeza	☐ palpitación Irregular/corazón	☐ Fiebre de Escarlata
☐ Alzheimer's	☐ Fuegos/Fiebre	☐ Herpes/genital	☐ Problema/Riñones	☐ Herpes
☐ Anaphylaxis	☐ Desordenes Corazón	☐ Glacomia	☐ Leukimia	☐ Anemia/Celulas
☐ Anemia	☐ Convulsiones	☐ Fiebre de paja	☐ Enfermedad/Rinoñes	☐ Sinositis
☐ Dolor de Pecho	☐ Medicina/Cortizona	☐ Ataque de Corazón	☐ Baja Presión	☐ Espina Bifida
☐ Artritis/Gota	☐ Diabetis	☐ Soplo del corazón	☐ Enfermedad/Pulmón	☐ Problemas/Intestinales
☐ Valvula/Artificial/Corazón**	☐ Drogadicción	☐ Marca Pasos Corazón**	☐ Valvula/Mitral Prolapse**	☐ Paralis/Ataque/Corozón
☐ Coyontura/Artifical**	☐ Corta/Respiración	☐ Enfermedades/Corazón	☐ Dolor/Quijada/Coyonturas	☐ Inflamación
☐ Asma	☐ Emphysema	☐Hemophilia	☐ Parathyroid	☐ Tiroides
☐ Enfermedad de la sangre	☐ Epilepcia	☐ Hepatitis A	☐ Cuidado Síquiatrico	☐ Anginas
☐ Tranfusion de sangre	☐ Sangrado/excesivo	☐ Hepatítis B&C	☐ Tratamientos/Radiación	☐ Tuberculosis
☐ Problema Respiratorio	☐ Sed/Exceso	☐ Herpes	☐ Reciente/Pérdida/Peso	☐Crecimiento/Tumores
☐ Moretones	☐ Desmayos/Convulsiones	Í Alta/Presión	☐ Dialisis/Renal	☐ Ulceras
☐ Cáncer	☐ Tos/Frecuente	☐ Ronchas/Erupciones	☐ Fiebre/Rehumatica**	☐Enfermedades/Venereas
☐ Quimoterapia	☐ Frecuente/Diarrea	☐Hypoglycemia	☐ Rehumatismo	☐ Piel/Amarrilla/Ictericia

Ha tenido alguna Enfermedad seria que no esta en esta lista de arriba O Sí O No O N/A

Comentarios: _____

_____

**Condición que requiere medicamento N/A No contestada por el Paciente

Para lo mejor de mi conocimiento las preguntas de esta forma se han conetestado verdaderamente. Yo entiendo que al proveer esta información incorrecta puedo ponerme en peligro(o/al Paciente) mi/su salud. Es mi responsabilidad de informar a la Oficina Dental los cambios en mi información médica.

_____

FIRMA DEL PACIENTE/PADRE/GUARDIAN FECHA