

Historial Médico del Paciente

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Número de Teléfono _____ Nombre del Medico _____ Fecha del último examen _____

	SI	NO		SI	NO
1. Esta ahora bajo tratamiento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Es alérgico o ha tenido alguna reacción a:		
2. Durante los últimos dos años ha sido Hospitalizado? Explique _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anestesia Local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Está tomando algún medicamento? SI? Explique _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Penicilina u otro antibiótico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ha Tomado Phen-Fen/Redux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sulfamidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Usa Tabaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Barbitúricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Usa drogas ilícitas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sedantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. A tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o Medicamentos con Bifosfonatos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ha tomado medicamentos con Esteroides?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Metales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Látex/productos de hule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			10. Tiene seguro Medicare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUJERES

	SI	NO
Está embarazada o hay posibilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta amamantando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está tomando píldoras anticonceptivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Tiene o ha tenido alguna de las condiciones siguientes?

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Alzheimer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamentos con cortisona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigdalitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Paratiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anafilaxia (Alergias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad pulmonar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palpitaciones irregulares.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión alta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina de Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades venéreas/ETS.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas cardiacos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis/Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Espalda Bífida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas intestinales/ulceras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque Cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta de aire/aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Farmacodependencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de válvula mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cansado frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre del heno (alergias).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reciente pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre Escarlatina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reemplazo de articulación/implante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones/Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reumatismo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Culebrilla.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defecto congénito del corazón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hematomas(moretos) fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salpullido/urticaria.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayos/Mareos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sed excesiva.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sida/virus VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diálisis renal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo de corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terapia de radiación/quimioterapia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en la quijada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes bucal (fuegos).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos con frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza frecuentemente ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes Genital.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusión de sangre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embolia/Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia de recién nacido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inflamación de extremidades.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumores o nódulos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de células falciformes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Válvula de corazón artificial.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malestar sinusal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos cardíaco.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

A mi saber, las preguntas en esta forma han sido contestadas con exactitud. Yo entiendo que al proveer información incorrecta puede ser peligroso para mi salud o la salud del paciente. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio médico.

Firma del paciente, padre, o tutor legal _____ Fecha _____