

HISTORIA MEDICA

Ha estado alguna vez bajo cuidado medico? Si No
 Por que razon? _____

Ha sufrido alguna enfermedad seria o ha estado hospitalizado? Si No
 Por que razon? _____

Esta tomando en este momento alguna droga , medicacion, o aspirina? Si No
 Cuales? _____

Tiene alergia a alguna medicacion? Codeine Penicilina Anesthesia local Sulpha
 Otros? _____

Fumas cigarillos _____ Si No
 Cuantos _____

Cual es la razon principal de su visita? _____ Si No

Ha tenido problema de sangrado excesivo despues de un tratamiento en el dentista? _____ Si No

Solo Mujeres:

Esta embarazada ? _____ Si No

De cuantos meses? _____

Esta dando pecho? _____ Si No

Esta tomando anticonceptivos? _____ Si No

Por favor indique si tiene alguna de las siguientes condiciones:

Dolor en el Pecho	Si	No	Quimoterapia	Si	No
Enfermedad Congenita del Corazon	Si	No	Terapia de Radiacion	Si	No
Presion Alta Sanguinea	Si	No	Anemia	Si	No
Marcapasos	Si	No	Hemophilia	Si	No
Isquemia Cerebral	Si	No	Edemas Frecuentes	Si	No
Artritis/Reumatismo	Si	No	Problemas Neurologicos	Si	No
Diabetes	Si	No	Epilepsia/Convulsiones	Si	No
Problema de Rinones	Si	No	Desmayos/Mareos	Si	No
Ulcera del Estomago	Si	No	Nerviosismo/Ansiedad	Si	No
Problemas de Tiroides	Si	No	Enfermedad del Hgado	Si	No
Glaucoma	Si	No	Hepatitis A (infecciosa)	Si	No
Asthma	Si	No	Hepatitis B (serum)	Si	No
Emphysema	Si	No	Hepatitis C u otra	Si	No
Tos Cronico	Si	No	Enfermedad Venerea	Si	No
Tuberculosis	Si	No	SIDA	Si	No
Sinusitis	Si	No	HIV seropositivo	Si	No
Alergias	Si	No	Herpes	Si	No
Cancer	Si	No	Drogas?Alcoholismo	Si	No
Tumores	Si	No	Fiebre Reumatico	Si	No
Phen-Fen	Si	No	Aticulacion Protetica	Si	No
Soplo en el Corazon	Si	No	Estenosis Mirtral	Si	No

Tiene alguna enfermedad o condicion que no venga en el la lista de arriba?

Cual _____

Nombre del Medico General _____ Telefono _____

Entiendo que la informacion aqui mencionada es necesaria para ofrecerme cuidados dentales de una manera eficiente y segura. He contestado a las preguntas de forma correcta. Si fuera necesario mas informacio tienen permiso de hablar con los medicos o las agencias que proporcionen esta informacion. Dare aviso al Doctor de cambios en mi salud o en las medicaciones que estoy tomando.

Firma del Paciente (o padre/madre del menor) _____

Fecha _____