

HISTORIAL MEDICO

Aunque el personal dental trata primeramente el área alrededor de la boca, ésta es parte del cuerpo. Problemas de salud que usted presenta y/o medicamentos que actualmente toma pueden tener una relación directa con los problemas actuales que tiene en su boca.

Nombre: _____

Médico Primario: _____

Teléfono: _____

¿Por qué razón se hizo examen? _____

Fecha de su último examen médico: _____

	Sí	No		Sí	No
¿Ha sido hospitalizado o ha tenido cirugías mayores?			¿Ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o algun otro medicamento que contenga bisphosphonates?		
¿Actualmente está bajo tratamiento con un médico?			¿Actualmente está en una dieta especial?		
¿Ha tenido un accidente serio de cabeza o cuello?			¿Fuma o usa Tabaco?		
¿Está tomando medicamentos o suplementos?			¿Toma o ha tomado Phen-Fen o Redux?		
De contestar sí, favor indicar cuales:			¿Eres alérgico a alguno de los siguientes?		
¿Usa sustancias controladas?			Anestesia Local		Metales
Mujeres			Acrílico		Látex
¿Estás embarazada o tratando de quedar embarazada?			Aspirina		Drogas con Sulfa
¿Tomas anticonceptivos?			Penicilina		Codeína
¿Estás lactando?			Otro:		

MARQUE LAS QUE APLIQUEN			tengo	tuve	Historial Familiar	MARQUE LAS QUE APLIQUEN			tengo	tuve	Historial Familiar	MARQUE LAS QUE APLIQUEN			tengo	tuve	Historial Familiar
Adicción a Drogas						Dolores en el Pecho						Marcapaso en el Corazón					
Alta Presión						Enfermedad Alzheimer						Mareos / Desmayos					
Amigdalitis						Enfermedad de la Paratiroides						Medicamento de Cortisona					
Anaphylaxis						Enfermedad de la Sangre						Osteoporosis					
Anemia						Enfermedad de Tiroides						Presión Baja					
Anemia Drepanosítica						Enfermedad del Corazón						Problemas del Riñón					
Angina de Pecho						Enfermedad del Estómago/ Intestino						Problemas Respiratorios					
Apnea del Sueño						Enfermedad del Hígado						Prolapso de la Válvula Mitral					
¿Usa un C-Cap?						Enfermedad del Pulmón						Quimioterapia					
Artritis / Gota						Enfermedad Inflamatoria						¿Cuándo?					
Asma						¿Tipo?						Reflujo					
Ataques al Corazón						Enfermedad Venérea						Reumatismo					
Bajo de Peso Reciente						Enfisema Pulmonar						Salpullido o Rash					
Boca Seca						Epilepsia / Convulsiones						Sangrado Excesivo					
Cáncer						Espina Bífida						Scarlatina (Scarlet Fever)					
¿Qué tipo?						Falta de Aire						Sed Constante					
Colesterol Alto						Fiebre de Heno						SIDA / HIV Positivo					
Convulsiones						Fiebre Reumática						Sinusitis					
Coyuntura						Glaucoma						Soplo del Corazón					
¿Cuál Coyuntura?						Hematomas Fácilmente						Tos Frecuente					
¿Cuándo?						Hemofilia						Transfusión de Sangre					
Cuidado Psiquiátrico						Hepatitis A						Tratamiento de Radiación					
Derrames						Hepatitis B o C						¿Cuándo?					
Desorden Congénito del Corazón						Herpes						Tuberculosis					
Diabetes						Herpes Genital						Tumores					
Diálisis Renal						Hipoglucemia						Úlceras					
Diarrea Frecuente						Icteria (Yellow Jaundice)						Úlceras Labiales o en la Boca					
Dolor en Quijada						Latidos Irregulares del Corazón						Válvula Artificial del Corazón					
Dolores de Cabeza Frecuentes						Leucemia						Otra:					

He contestado todas las preguntas correctamente y con el mayor conocimiento. Entiendo que proveer información incorrecta puede ser perjudicial a mi salud o la salud del paciente. Es mi responsabilidad informarle a la oficina dental cualquier cambio en mi estatus médico.

Firma del Paciente o Encargado _____

Fecha _____