

Historial Médico

1. ¿Está bajo cuidado médico? Si No _____

Si es afirmativo, por favor especifique: _____ Nombre del Dr.: # del Dr.: _____

2. Es usted alérgica/o a la penicilina, codeína, anestésicos, tranquilizantes o cualquier otra droga o medicina? Si No

3. ¿Está tomando algún medicamento ahora, incluyendo píldoras anti-conceptivas ? Si No

Si es afirmativo, favor especifique : _____

4. (Mujeres) ¿Está usted embarazada? Si No

Si es afirmativo, favor especifique cuántos meses: _____

5. ¿Hay algún otro problema de salud del cual deberíamos estar enterados? Si No

Favor Especifique: _____

6. Tiene usted, o ha tenido, cualquiera de lo siguiente?

Favor indicar Si o No	Comentarios del Doctor		Comentarios del Doctor
Válvula artificial de corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Problemas cardíacos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sida/VIH	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Hepatitis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Presión alta <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Angina de pecho	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Ictérica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Artritis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Prótesis de coyunturas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Enfermedad Renal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas de sangramiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Alergia al Latex <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Problema del hígado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Quimio/Radio Terapia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Presión baja <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cirugía cosmética	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Enfermedad pulmonar <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Colesterol	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Marcapasos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Bisphosphonate(Fosamax) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Mareos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Cuidado Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Adición a las drogas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfisema	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Sinusitis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Epilepsia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Fumar tabaco <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Desmayos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Glaucoma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Problema de la tiroides <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ataque al Corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	TMD o TMJ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cirugía al Corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Tuberculosis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Soplo al Corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Enfermedades Venéreas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

A mi entender, he contestado cada pregunta completa y exactamente. Yo informaré a mi dentista de cualquier cambio en mi salud y/o medicación. Hago constar que doy mi consentimiento para que se me tomen radiografías y exámenes orales.

Firma del Paciente
(o Padre o Madre si el Paciente es un Menor)

Fecha

Firma del Doctor

Fecha

Revisión de visitas posteriores:

Firma del Paciente
(o Padre o Madre si el Paciente es un Menor)

Firma del Doctor

Fecha

Firma del Paciente
(o Padre o Madre si el Paciente es un Menor)

Firma del Doctor

Fecha