

HISTORIA MEDICA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

Está bajo el cuidado de un médico? Sí No

En caso afirmativo, por qué motivo? _____

Nombre del médico: _____

Es usted alérgico a algún medicamento o sustancias? Sí No

Penicilina látex Metales Otros _____

Alguna vez has tenido un accidente grave, hospitalización, o gran operación? Sí No

En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

Alguna vez ha tomado Fosamax, BONIVA, o cualquier otro bisfosfonato de drogas? Sí No

Usted fuma o utilizar los siguientes productos de tabaco?

Cigarrillos Cigarros Tubería Chew Ninguno

En caso afirmativo, cuánto? _____

Esta usted interesado en dejar de fumar en este momento? Sí No

Le ha dicho que usted necesita antibióticos antes de los tratamientos dentales? Sí No

Le gustaría hablar con el médico acerca de cualquier problema en privado? Sí No

MUJER: Está embarazada o tratando de quedar embarazada? Sí No

Está usted dando pecho? Sí No

Está tomando alguna medicación de control de la natalidad? Sí No

Tiene o ha tenido usted alguno de los siguientes: **(marque sí o no)**

	<u>Sí</u>	<u>No</u>		<u>Sí</u>	<u>No</u>		<u>Sí</u>	<u>No</u>
Enfermedad del corazón / Cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvulas cardíacas artificiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anormal de la presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Golpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discapacidad de aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis / Reumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psiquiátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH positivos / SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los implantes de prótesis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anorexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La adicción al alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conjunto de artificial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bulimia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La dependencia de las drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dependencia química	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis (un círculo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo A B C		
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de aire al respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno del estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado prolongado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El GERD (reflujo gástrico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Impedimento Auditivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasos del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La enfermedad de células falciformes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas del seno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cortisona Medicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terapia de radiación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trasplante de Órganos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Trastorno neurológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Has tenido alguna otra enfermedad o condición no comprobado más arriba? Sí No

En caso afirmativo, por favor describa _____



Haga una lista de medicamentos como vitaminas, suplementos de hierbas, o las tomadas contra la droga:

<u>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</u>	<u>USO</u>

DOCTOR COMENTARIOS :

Entiendo que la información anterior es necesario prever con mi cuidado dental de forma segura y eficiente. He respondido todas las preguntas a la mejor si mis conocimientos. En caso de que se necesite más información, usted tiene mi permiso para pedir al proveedor de servicios de salud respectivo o del organismo, que pueden liberar dicha información a usted. Voy a notificar al médico de cualquier cambio en mi salud o medicamentos.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____
(PADRE / TUTOR DE UN MENOR DE EDAD)

Firma del médico: _____ Fecha: _____