

historia médica

número de paciente

Fecha

Aunque el personal dental tratan principalmente el área en y alrededor de su boca, tu boca es una parte de su cuerpo entero. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podría tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

Información del Paciente

Nombre DOB

Fecha de nacimiento

Mujeres - Esta:

 Embarazada o Tratando Enfermería Tomar anticonceptivos orales

Información Actual

¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora? Sí No En caso afirmativo, sirvase explicar: ¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas? Sí No En caso afirmativo, sirvase explicar: ¿Usa tabaco? Sí No En caso afirmativo, sirvase explicar: ¿Tienes alguna prótesis articulares? Sí No En caso afirmativo, sirvase explicar: ¿Used utiliza sustancias controladas? Sí No En caso afirmativo, sirvase explicar:

Alergias (Seleccione alguna alergia.)

 Aspirina Metálico Penicilina Látex Codeína Acrílico Anestésicos Locales Otro:

Historia Médica - Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes:

¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor? Sí No En caso afirmativo, sirvase explicar: ¿Ha tenido alguna vez una grave en la cabeza o lesión en el cuello? Sí No En caso afirmativo, sirvase explicar: ¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux? Sí No En caso afirmativo, sirvase explicar: SIDA/HIV Positive Sí NoEnfermedad de Aizheime Sí NoAnafilaxia Sí NoAnemia Sí NoAngina Sí NoArtritis/Gota Sí NoVálvula del Corazón Artificial Sí NoPrótesis Articulares Sí NoAsma Sí NoEnfermedad Arterial Sí NoTransfusión de Sangre Sí NoProblema Respiratorio Sí NoCáncer Sí NoMoretón Fácilmente Sí NoQuimioterapia Sí NoDolores en el Pecho Sí NoHerpes labial/Fiebre Ampolias Sí NoCongénitas del Corazón Disordera Sí NoConvulsiones Sí NoLa Cortisona Medicina Sí NoAbuso de Azúcar Sí NoDrogadicción Sí NoFácilmente Sin Aliento Sí NoEnfisema Sí NoEpilepsia o Convulsione Sí NoSangrado Excesivo Sí NoSed Excesiva Sí NoDesmayos / Vértigo Sí NoTos Frecuente Sí NoDiarrea Frecuente Sí NoLos Dolores de Cabeza Frecuente Sí NoGlaucomas Sí NoHerpes Genita Sí NoFiebre del Heno Sí NoAtaque del Corazón / Fracaso Sí NoSoplo Cardíaco Sí NoCorazón Marcapasos Sí NoProblemas del Corazón/Enfermedad Sí NoHemofilia Sí NoLa Hepatitis A Sí NoLa Hepatitis B o C Sí NoHerpes Sí NoPresión Arterial Alta Sí NoRonchas o Erupción Cutánea Sí NoLa Hipoglucemia Sí NoLatido Irregular del Corazón Sí NoProblemas de los Riñones Sí NoLeucemia Sí NoEnfermedades del Hígado Sí NoPresión Arterial Baja Sí NoSin Enfermedad Pulmonar Sí NoProlapso de la Válvula Mitral Sí NoDolor en la Quijada Articulacione Sí NoEnfermedad Paratiroidea Sí NoRadiación Treatmentsa Sí NoPérdida de Peso Reciente Sí NoDiálisis Renal Sí NoFiebre Reumática Sí NoReumatismo Sí NoEscarlatina Sí NoZona de Matojos Sí NoEnfennedad de Células Falciformes Sí NoProblemas del Seno Sí NoEspina Bifida Sí NoEstómago/Intestinal Enfermedad Sí NoGolpe Sí NoHinchazón de las Extremidades Sí NoEnfermedad de la Tiroides Sí NoAmigdalitis Sí NoTuberculosis Sí NoLos Tumores o Crecimientos Sí NoÚlceras Sí NoEnfermedad Venérea Sí NoLa Ictericia Amarilla Sí No¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figuran más arriba? Sí No En caso afirmativo, sirvase explicar:

Consentimiento:

Al mejor de mi conocimiento, las preguntas de esta forma se han contestado exactamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso (la salud de mi) o paciente. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma

Fecha

Nombre de la letra