

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 No
Enfermedad de Aizheime Sí No
Anafilaxia Sí No
Anemia Sí No
Angina Sí No
Artritis/Gota Sí No
Válvula del Corazón Artificial Sí No
Prótesis Articulares Sí No
Asma Sí No
Enfermedad Arterial Sí No
Transfusión de Sangre Sí No
Problema Respiratorio Sí No
Cáncer Sí No
Moretón Fácilmente Sí No
Quimioterapia Sí No
Dolores en el Pecho Sí No
Herpes labial/Fiebre Ampolias Sí No
Congénitas del Corazón Disordera Sí No
Convulsiones Sí No

La Cortisona Medicina Sí No
Abuso de Azúcar Sí No
Drogadicción Sí No
Fácilmente Sin Aliento Sí No
Enfisema Sí No
Epilepsia o Convulsione Sí No
Sangrado Excesivo Sí No
Sed Excesiva Sí No
Desmayos / Vértigo Sí No
Tos Frecuente Sí No
Diarrea Frecuente Sí No
Los Dolores de Cabeza Frecuente Sí No
Glaucomas Sí No
Herpes Genita Sí No
Fiebre del Heno Sí No
Ataque del Corazón / Fracaso Sí No
Soplo Cardíaco Sí No
Corazón Marcapasos Sí No
Problemas del Corazón/Enfermedad Sí No

Hemofilia Sí No
La Hepatitis A Sí No
La Hepatitis B o C Sí No
Herpes Sí No
Presión Arterial Alta Sí No
Ronchas o Erupción Cutánea Sí No
La Hipoglucemia Sí No
Latido Irregular del Corazón Sí No
Problemas de los Riñones Sí No
Leucemia Sí No
Enfermedades del Hígado Sí No
Presión Arterial Baja Sí No
Sin Enfermedad Pulmonar Sí No
Prolapso de la Válvula Mitral Sí No
Dolor en la Quijada Articulacione Sí No
Enfermedad Paratiroidea Sí No
Radiación Treatmentsa Sí No
Pérdida de Peso Reciente Sí No
Diálisis Renal Sí No

Fiebre Reumática Sí No
Reumatismo Sí No
Escarlatina Sí No
Zona de Matojos Sí No
Enfennedad de Células Falciformes Sí No
Problemas del Seno Sí No
Espina Bifida Sí No
Estómago/Intestinal Enfermedad Sí No
Golpe Sí No
Hinchazón de las Extremidades Sí No
Enfermedad de la Tiroides Sí No
Amigdalitis Sí No
Tuberculosis Sí No
Los Tumores o Crecimientos Sí No
Úlceras Sí No
Enfermedad Venérea Sí No
La 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