

**HISTORIA MEDICA**

Patient Name: \_\_\_\_\_

Birth Date: \_\_\_\_\_

Date Created: \_\_\_\_\_

Aunque el personal dental principalmente tratan el area y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que este tomando, p

Esta usted bajo el cuidado de un medico ahora?  Yes  No If yes \_\_\_\_\_

Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operacion mayor?  Yes  No If yes \_\_\_\_\_

Ha tenido alguna vez una lesion grave en la cabeza o en el cuello?  Yes  No If yes \_\_\_\_\_

Esta usted tomando algun medicamento, pastillas, o drogas?  Yes  No If yes \_\_\_\_\_

Toma o ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos?  Yes  No If yes \_\_\_\_\_

Esta usted en una dieta especial?  Yes  No If yes \_\_\_\_\_

Usa tabaco?  Yes  No

Mujeres: Esta usted

Embarazada o tratando de quedar embarazada?  Toma anticonceptivos orales?  Esta amamantando?

Es usted alergico a cualquiera de los siguiente?

Aspirina  Penicilina  Codeina

Acrilico  Metalico  Latex

Anesteticos locales  Sulfamida

Otro?  If yes \_\_\_\_\_

Usted usa sustancias controladas?  Yes  No

Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

<input type="checkbox"/> SIDA / HIV Positivo	<input type="checkbox"/> Cortisona	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Tratamiento con Radiacion
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer's	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Perdida de peso reciente
<input type="checkbox"/> Anafilaxia	<input type="checkbox"/> Drogadiccion	<input type="checkbox"/> Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/> Dialisis renal
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Facilmente pierde el aliento	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Fiebre reumatica
<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Presion arterial alta	<input type="checkbox"/> Reumatismo
<input type="checkbox"/> Artritis/Gota	<input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Escarlatina
<input type="checkbox"/> Valvula del corazon artificial	<input type="checkbox"/> Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> Ronchas o erupcion cutanea	<input type="checkbox"/> Enfermedad de celulas falciformes
<input type="checkbox"/> Articulacion artificial	<input type="checkbox"/> Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Problemas del seno nasal
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Desmayo / vertigo	<input type="checkbox"/> Labdo irregular del corazon	<input type="checkbox"/> Espina Bifida
<input type="checkbox"/> Enfermedad arterial	<input type="checkbox"/> Tos frecuente	<input type="checkbox"/> Problemas de los rinones	<input type="checkbox"/> Enfermedad estomacal/intestinal
<input type="checkbox"/> Transfucion de sangre	<input type="checkbox"/> Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Ataque fulminante
<input type="checkbox"/> Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> Enfermedades del Hígado	<input type="checkbox"/> Hinchazon de las extremidades	<input type="checkbox"/> Cancer
<input type="checkbox"/> Glaucomas	<input type="checkbox"/> Presion areterial baja	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides	<input type="checkbox"/> Moretonescon facilidad
<input type="checkbox"/> Herpes Genital	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Quimoterapia
<input type="checkbox"/> Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Prolapso de la valvula mitral	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Dolores en el pecho
<input type="checkbox"/> Ataque/Falla del corazon	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Tumores o crecimientos	<input type="checkbox"/> Herpes labial/Ampollas de Fiebre
<input type="checkbox"/> Soplo cardiaco	<input type="checkbox"/> Dolor en la articulacion de la quijada	<input type="checkbox"/> Ulceras	<input type="checkbox"/> Cardiopatia congenita
<input type="checkbox"/> Marcapasos en el Corazon	<input type="checkbox"/> Enfermedad paratroidea	<input type="checkbox"/> Enfermedad venerea	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Problemas/Enfermedad del corazon	<input type="checkbox"/> Atencion Psiquiatrica	<input type="checkbox"/> La ictericia amarilla	<input type="checkbox"/> Herpes Zoster

Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba?  Yes  No If yes \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar informacion incorrecta puede ser peligroso para mi salud ( o del p

Signature of Firma del paciente, padre o tutor: \_\_\_\_\_

X

Date: \_\_\_\_\_