

HISTORIA MEDICA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Aunque el personal dental principalmente tartan 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, podrian tener una importante relacion con la odontologia que usted recibira. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- Esta usted bajo el cuidado de un medico ahora?
Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operacion mayor?
Ha tenido alguna vez una lesion grave en la cabeza o en el cuello?
Esta usted tomando algun medicamento, pastillas, o drogas?
Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux?
Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro Medicamento que contenga bifosfonatos?
Esta usted en una dieta especial?
Usa Tabaco?
Usted usa sustancias controladas?

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 Anestesticos locales
Sulfamida Otros En caso afirmativo, sirvase explicar:

Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

- SIDA/HIV Positivo Enfermedad de Alzheimer's Anafilaxia Anemia Angina Artritis/Gota Valvula del Corazon artificial Articulacion artificial Asma Enfermedad arterial Transfusion de sangre Problemas respiratorio Moretonescon facilidad Cancer Quimioterapia Dolores en el pecho Herpes labial/Fiebre Ampollas Caediopatia congenital Convulsiones
Cortisona Diabetes Drogadiccion Facilmente pierde el aliento Enfisema Epilepsia o convulsions Sangrado excesivo Sed excesiva Desmayos/vertigo Tos frecuente Diarrea frecuente Dolores de cabeza frecuente Glaucomas Herpes Genital Fiebre del heno Ataque/Falla del Corazon Soplo cardiac Marcapasos en el Corazon Problema/Enfermedad delcorazon
Hemofilia Hepatitis A Hepatitis B o C Herpes Presion arterial alta Colestereol Alto Ronchas o erupcion cutanea Hipoglucemia Latido irregular del Corazon Problemas de los rinones Leucemia Enfermedades del Higado Presion arterial baja Enfermedad pulmonary Prolapso de la valvula mitral Osteoporosis Dolorenlaarticulaciondelaquijada
Enfermedad paratiroidea Atencion Psiquiatrica
Tratamiento con radiacion Perdida de peso reciente Dialisis renal Fiebre reumatica Reumatismo Escarlatina Herpes Enfermedaddecelulafalciforme Problemas del seno nasal Espina Bifida Enfermedadestomacal/intestinal Ataque fulminante Hinchazon de las extremidades Enfermedad de la Tiroides Amigdalitis Tuberculosis Tumores o crecimientos Ulceras Enfermedad venerea La ictericia amarilla

Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba? Si No En caso afirmativo, sirvase explicar \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

En lo mayor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar informacion incorrecta pueda ser peligroso para mi salud (o del paciente). En mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado medico.

Firma del paciente, padre o tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_