

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha: _____

HISTORIA MÉDICA

¿Se encuentra bajo el cuidado de algún médico? Sí No Explicación: _____

¿Ha sido alguna vez hospitalizado o ha tenido alguna operación mayor? Sí No Explicación: _____

¿Ha tenido alguna vez un golpe o lesión seria o grave en su cabeza o cuello? Sí No Explicación: _____

¿Está tomando algún medicamento? Sí No Explicación: _____

¿Toma, o ha tomado en el pasado Phen-Fen o Redux? Sí No Explicación: _____

¿Ha tomado alguna vez Fosamax, Boniva, Actonel o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos? Sí No Explicación: _____

¿Se encuentra bajo una dieta especial? Sí No Explicación: _____

¿Consumo tabaco? Sí No Explicación: _____

Mujeres solamente:

¿Está usted... Embarazada / Intentando quedar embarazada? ¿Amamantando? ¿Tomando anticonceptivos?

¿Padece de alergia a alguno de los siguientes?

Aspirina Penicilina Codeína Acrílico
 Metal Latex Drogas sulfonamidas Anestésicos locales

¿Otros? Sí No Explicación: _____

¿Usa usted sustancias controladas? Sí No Explicación: _____

Marque los que apliquen a usted, ya sea ahora, o en algún momento en el pasado.

SIDA/VIH Positivo	<input type="checkbox"/>	Medicina cortisona	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	Tratamiento de radiación	<input type="checkbox"/>
Alzheimer	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso reciente	<input type="checkbox"/>
Anafilaxia	<input type="checkbox"/>	Adicción a drogas	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/>	Diálisis renal	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	Queda sin aliento fácilmente	<input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>
Angina	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	Presión alta	<input type="checkbox"/>	Reumatismo	<input type="checkbox"/>
Artritis/La Gota	<input type="checkbox"/>	Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/>	Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	Fiebre escarlatina	<input type="checkbox"/>
Válvula artificial de corazón	<input type="checkbox"/>	Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/>	Hurticaria o sarpullido	<input type="checkbox"/>	Culebrilla (herpes zóster)	<input type="checkbox"/>
Articulación artificial	<input type="checkbox"/>	Sed excesiva	<input type="checkbox"/>	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/>	Enferm. células falsiformes	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	Desmayos/Mareos	<input type="checkbox"/>	Latido irregular	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de sangre	<input type="checkbox"/>	Tos frecuente	<input type="checkbox"/>	Problemas de los riñones	<input type="checkbox"/>	Spina Bifida	<input type="checkbox"/>
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>	Diarréa frecuente	<input type="checkbox"/>	Leucemia	<input type="checkbox"/>	Problema estomacal/intest.	<input type="checkbox"/>
Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza frecuente	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>
Contusión fácil	<input type="checkbox"/>	Herpes genital	<input type="checkbox"/>	Presión baja	<input type="checkbox"/>	Hinchazon de extremidades	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de los pulmones	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la tiroide	<input type="checkbox"/>
Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	Fiebre de heno	<input type="checkbox"/>	Prolapso de válvula mitral	<input type="checkbox"/>	Amigdalitis	<input type="checkbox"/>
Dolores de pecho	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>
Herpes labial	<input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	Dolores en la mandíbula	<input type="checkbox"/>	Tumores	<input type="checkbox"/>
Trastorno cardíaco congén.	<input type="checkbox"/>	Marcapaso cardíaco	<input type="checkbox"/>	Enfermedad paratiroidea	<input type="checkbox"/>	Úlceras	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	Atención psiquiátrica	<input type="checkbox"/>	Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/>
						Ictericia	<input type="checkbox"/>

Otras enfermedades serias no incluidas: _____

Hasta donde tengo conocimiento, he contestado certeramente las preguntas en esta forma. Entiendo que puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente) el proporcionar información médica incorrecta. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental si hubiere cambios en mi historia médica.

Firma _____

Fecha _____