



Nombre: \_\_\_\_\_

Historia Médica

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Aunque el personal dental trata solamente el área del diente y a su alrededor, la boca es parte de su cuerpo. Problemas de la salud que usted pueda tener, medicamentos que puede estar tomando, puede tener gran impacto en el tratamiento dental. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

Medicinas que estas tomando: \_\_\_\_\_

¿Es alérgico a los siguientes? Aspirina  Penicilina  Codeína  Anestesia Local  Acrílico  Metal  Látex   
¿Otro? \_\_\_\_\_

¿Usted tiene o ha tenido algunas de las siguientes condiciones? Por favor marque Si o No (S/N)

Presión Alta /Bajo	S	N	Colesterol Alto	S	N	Inflamacion de extremidades	S	N
Enfermedades de la sangre	S	N	Anemia	S	N	Fiebre reumática	S	N
Transfusiones de sangre	S	N	Desmayos/Mareos	S	N	Tuberculosis	S	N
Asma	S	N	Sangrado Excesivo	S	N	Cáncer	S	N
Tos crónica	S	N	Diabetes	S	N	Quimioterapia/Radiación	S	N
Problemas respiratorios	S	N	Enfermedades del Riñón	S	N	Varicela	S	N
Falta de Aire	S	N	Reemplazo cadera, rodilla	S	N	Glaucoma	S	N
Marcapasos	S	N	Artritis/Reumas	S	N	Enfermedad de la tiroides	S	N
Válvula artificial del corazón	S	N	Alzheimer/ Demencia	S	N	Problemas con el hígado	S	N
Osteoporosis	S	N	Ulceras	S	N	Urticaria/salpullido	S	N
Infarto	S	N	Sinusitis	S	N	Hepatitis A, B, C	S	N
Latido Irregular del corazón	S	N	Dolor mandibular	S	N	SIDA/VIH positivo	S	N
Enfermedades del corazón	S	N	Dolores de cabeza frecuenté	S	N	Adicción de drogas	S	N
Anginas (del pecho)	S	N	Amigdalitis	S	N	Tratamiento Psiquiátrico	S	N
Epilepsia	S	N	Herpes	S	N	Anafilaxia	S	N

¿Ha Tenido Otra enfermedad o trauma que no está en esta lista? Por Favor Explique \_\_\_\_\_

¿Usted Fuma? \_\_\_\_\_ ¿Cuantos Años? \_\_\_\_\_ ¿Qué Cantidad cada día? \_\_\_\_\_

¿Le ha dicho su Medico si necesita tomar antibióticos antes de cualquier procedimiento dental? \_\_\_\_\_

¿Por Que Condición? \_\_\_\_\_

¿Tiene Un Médico general? **Si/No** Nombre Dr \_\_\_\_\_ Tele # \_\_\_\_\_

**Para mujeres:** ¿Esta embarazada? **Sí No** ¿Lactando? **Sí No** ¿Tomando Anticonceptivos? **Sí No**

¿Estas tomando Fosamax, Actonel, Boniva, Prolea u otra droga para los huesos? **S/N** ¿Cuantos Años? \_\_\_\_\_

Al mejor de mi conocimiento, las preguntas en este formulario fueron correctamente contestadas. Entiendo que cualquier pregunta contestada erróneamente puede ser peligrosa para mí (o el paciente) salud. Es mi responsabilidad de dejarle saber a la oficina Gulfside Dental cualquier cambio en mi salud. Yo autorizo y doy mi consentimiento para administrar el tratamiento, incluyendo, anestesia local, y otro tratamiento que puede ser necesario.

Firma del Paciente/ Padre o Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_