

HISTORIA MEDICA

NOMBRE DEL PACIENTE : _____

Fecha de Nacimiento: _____

Aunque el Dentista trata principalmente las áreas de la boca y sus alrededores, su boca es parte del cuerpo. Problemas de salud o medicamentos que usted esta tomando, pueden tener una relacion importante con el tratamiento dental que usted recibe. Gracias por responder las siguientes preguntas

Esta usted en tratamiento Medico?	☐ Si ☐ No	Por que? _____
Ha estado Hospitalizado o ha tenido Cirugias?	☐ Si ☐ No	Por que? _____
Ha tenido alguna lesion grave de la cabeza o el cuello?	☐ Si ☐ No	Por que? _____
Esta tomando algun medicamento o pastillas?	☐ Si ☐ No	Cuales y porque? _____
Esta tomando o ha tomado Phen-Fen o Redux?	☐ Si ☐ No	_____
Ha tomado Fosamax, Bonivia, Actonel o Bisfosfonatos?	☐ Si ☐ No	_____
Esta en alguna dieta especial?	☐ Si ☐ No	_____
Usa Tabaco?	☐ Si ☐ No	_____
Usa drogas?	☐ Si ☐ No	_____

Mujer: Esta usted _____

Embarazada o planeando Embarazo? ☐ Si ☐ No	Tomando anticonceptivos? ☐ Si ☐ No	Esta lactando: ☐ Si ☐ No
--	--	--

Es alergico a alguno de los siguientes medicamentos _____

Aspirina ☐	Penicilina ☐	Codeina ☐	Anestesicos Locales ☐	Acrilico ☐	Metal ☐	Latex ☐	Sulfas ☐
☐ Otros: Cual?: _____							

Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?

Sida/HIV positivo	☐ Si ☐ No	Medicina con Cortisona	☐ Si ☐ No	Hemofilia	☐ Si ☐ No	Radioterapia	☐ Si ☐ No
Alzheimer	☐ Si ☐ No	Diabetes	☐ Si ☐ No	Hepatitis A	☐ Si ☐ No	Baja de peso reciente	☐ Si ☐ No
Anafilaxis	☐ Si ☐ No	Adiccion a drogas	☐ Si ☐ No	Hepatitis B o C	☐ Si ☐ No	Dialisis renal	☐ Si ☐ No
Anemia	☐ Si ☐ No	Sin aliento facilmente	☐ Si ☐ No	Herpes	☐ Si ☐ No	Fiebre Reumatica	☐ Si ☐ No
Angina	☐ Si ☐ No	Enfisema	☐ Si ☐ No	Presion arterial alta	☐ Si ☐ No	Reumatismo	☐ Si ☐ No
Artritis/ Gota	☐ Si ☐ No	Epilepsia/Convulsiones	☐ Si ☐ No	Colesterol Alto	☐ Si ☐ No	Fiebre Escarlata	☐ Si ☐ No
Valbulas Artificiales	☐ Si ☐ No	Sangrado excesivo	☐ Si ☐ No	Urticaria o erupciones	☐ Si ☐ No	Herpes Zoster	☐ Si ☐ No
Articulacions Artificial	☐ Si ☐ No	Sed excesiva	☐ Si ☐ No	Hipoglicemia	☐ Si ☐ No	Sickle cell Desease	☐ Si ☐ No
Asma	☐ Si ☐ No	Desmayos/Mareos	☐ Si ☐ No	Latidos irregulares	☐ Si ☐ No	Sinusitis	☐ Si ☐ No
Enfermedad de Sangre	☐ Si ☐ No	Tos frecuente	☐ Si ☐ No	Enfermedad en Rinones	☐ Si ☐ No	Espina Bifida	☐ Si ☐ No
Transfusion Sanguinea	☐ Si ☐ No	Diarrea frecuente	☐ Si ☐ No	Leucemia	☐ Si ☐ No	Problemas intestinales	☐ Si ☐ No
Problema Respiratorio	☐ Si ☐ No	Dolor de cabeza frecuente	☐ Si ☐ No	Enfermedad Higado	☐ Si ☐ No	Ataques cardiacos	☐ Si ☐ No
Contusion o moreton	☐ Si ☐ No	Herpes genital	☐ Si ☐ No	Presion arterial baja	☐ Si ☐ No	Hinchazon en extremidad	☐ Si ☐ No
Cancer	☐ Si ☐ No	Glaucoma	☐ Si ☐ No	Enfermedad Pulmonar	☐ Si ☐ No	Enfermedad en Tiroides	☐ Si ☐ No
Quimioterapia	☐ Si ☐ No	Rinitis Alergica	☐ Si ☐ No	Prolapso Valvula	☐ Si ☐ No	Amigdalitis	☐ Si ☐ No
Dolor en el Pecho	☐ Si ☐ No	Insuficiencia Cardiaca	☐ Si ☐ No	Osteoporosis	☐ Si ☐ No	Tuberculosis	☐ Si ☐ No
Herpes labial	☐ Si ☐ No	Soplo en el Corazon	☐ Si ☐ No	Dolores Articulares	☐ Si ☐ No	Tumores o Crecimientos	☐ Si ☐ No
Enfermedad de Corazon	☐ Si ☐ No	Marcapasos	☐ Si ☐ No	Parotiditis	☐ Si ☐ No	Ulceras	☐ Si ☐ No
Convulsiones	☐ Si ☐ No	Problemas del Corazon	☐ Si ☐ No	Atencion Psiquiatrica	☐ Si ☐ No	Enfermedades Venereas	☐ Si ☐ No
				Endocarditis bacteriana	☐ Si ☐ No	Ictericia	☐ Si ☐ No

Tiene alguna otra enfermedad no mencionada anteriormente ☐ Si ☐ No Cual: _____

Comentarios: _____

Al mejor de mi conocimiento, las respuestas en este formato han sido respondidas correctamente. Yo entiendo que dar informacion incorrecta puede ser peligroso para mi salud y la de otros pacientes. Es responsabilidad mia, informar a la oficina dental cualquier cambio en mi condicion medica.

Firma del Paciente, Padres o Tutor: _____

Fecha: _____

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del paciente _____ Fecha _____ Hombre / Mujer
 Primer Apellido Primer Nombre Segundo Nombre
 ___ Casado ___ Soltero ___ Niño Fecha de Nacimiento ___ - ___ - ___ Seguro Social # ___ - ___ - ___
 Mes - Día - Año

Dirección: _____
Street _____ Apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip Code _____

Quien lo refirio a nuestra oficina? _____

ASEGURANZA DENTAL

Nombre del asegurado: _____

Member ID #: _____ Group #: _____

Dirección de donde trabaja: _____ Empresa: _____
Street

City _____ State _____ Zip Code _____

Nombre de la Aseguranza: _____

Direccion de la Aseguranza: _____
Street

City _____ State _____ Zip Code _____

INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE

Lo siguiente es para la persona responsable de los pagos: ☐ Usted ☐ Esposo/a ☐ Padres o Tutor

Nombre: _____ Empleado: _____

Primer apellido Primer nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento: _____ - _____ - _____
Mes - Dia - Año

Seguro Social # _____ - _____ - _____

Telefono (casa): _____ Trabajo: _____ Ext: _____ Cel: _____

E-mail _____ Fax: _____

Direccion: _____

Street Apartamento

Ciudad Estado Zip Code

Licencia de Conduccion # _____ Estado: _____