

HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Aunque el personal dental principalmente tratan el área y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- ¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora?
¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor?
¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello?
¿Está usted tomando algún 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: ¿Está usted Embarazada o tratando de quedar embarazada? Toma anticonceptivos orales? Esta amamantando?

Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?
Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metálico Látex Anestésicos locales Sulfamida
Otros En caso afirmativo, sírvase explicar:

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

- Lista de condiciones médicas con casillas de respuesta: SIDA / HIV Positivo, Enfermedad de Alzheimer's, Anafilaxia, Anemia, Angina, Artritis/Gota, Válvula del corazón artificial, Articulación artificial, Asma, Enfermedad arterial, Transfusión de sangre, Problemas respiratorio, Cáncer, Moretonescon facilidad, Quimioterapia, Dolores en el pecho, Herpes labial/Fiebre Ampollas, Cardiopatía congénita, Convulsiones, Cortisona, Diabetes, Drogadicción, Fácilmente pierde el aliento, Enfisema, Epilepsia o convulsiones, Sangrado excesivo, Sed excesiva, Desmayos / vértigo, Tos frecuente, Diarrea frecuente, Dolores de cabeza frecuente, Glaucomas, Herpes Genital, Fiebre del heno, Ataque/Falla del corazón, Soplo cardíaco, Marcapasos en el Corazón, Problemas/Enfermedad del corazón, Hemofilia, Hepatitis A, Hepatitis B o C, Herpes, Presión arterial alta, Colesterol Alto, Ronchas o erupción cutánea, Hipoglucemia, Latido irregular del corazón, Problemas de los riñones, Leucemia, Enfermedades del Hígado, Presión arterial baja, Enfermedad pulmonar, Prolapso de la válvula mitral, Osteoporosis, Dolor en la articulación de la quijada, Enfermedad paratiroidea, Atención Psiquiátrica, Tratamiento con radiación, Pérdida de peso reciente, Diálisis renal, Fiebre reumática, Reumatismo, Escarlatina, Herpes, Enfermedad de células falciformes, Problemas del seno nasal, Espina Bífida, Enfermedad estomacal/intestinal, Ataque fulminante, Hinchazón de las extremidades, Enfermedad de la Tiroides, Amigdalitis, Tuberculosis, Tumores o crecimientos, Úlceras, Enfermedad venérea, La ictericia amarilla.

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba? En caso afirmativo, sírvase explicar:

Comentarios:

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

Firma del paciente, padre o tutor _____ Fecha _____