

Información Medica/Dental

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Doctor: _____

1. ¿Esta usted actualmente bajo el cuidado de algún medico? Sí____ No____

Si es así, ¿porque? _____

2. ¿Ha sido usted paciente del hospital en los últimos tres años? Sí____ No____

Si es así, ¿de que fue tratado en el hospital? _____

3. ¿Es usted alérgico a algún medicamento o medicina, por ejemplo, Penicillin, Erythromycin, o Codeína? Sí____ No____

Si es así, ¿que? _____

4. ¿Esta usted actualmente tomando alguna medicina, o pastillos de control prenatal?

5. Marque si usted ha tenido o tiene cualquiera de los siguientes.

SIDA	Marcapasos cardiaco	Hepatitis A, B o C	Falta de aliento
Alergias	Lesión cardiaca congénita	Presión arterial alta	Derrame cerebral
Válvulas artificiales del corazón	Diabetes	Alergia al látex	Problemas de seno
Articulaciones artificiales	Epilepsia	El trasplante de órganos	Tuberculosis
Asma	Soplo cardiaco	Tratamiento periodontal	VPH
Tratamiento del cáncer	Problemas del corazón	Tratamiento de radiación	

6. ¿Tiene otros problemas médicos? Sí____ No____

Si es así, ¿que? _____

7. Si usted es una mujer, ¿esta embarazada o esta dando pecho? Sí____ No____

8. ¿Fuma o mastica tabaco? Sí____ No____

¿Desea obtener información sobre cómo dejar de fumar?..... Sí____ No____

9. ¿Tienes alguno de los siguientes en / de su boca, labios, o en el cuello? (por favor marque)

Hinchazón en la boca	Encías hinchadas y moradas	Herpes labial
Gris-blanco erupción en las mejillas o las encías	Hinchazón de las glándulas en el cuello	Aftas
Gris-blanco sobre crecimiento de la lengua	Sangrado de encías	Moretón morado (s)

¿Otros problemas? _____

10. ¿Ha tenido sangrado inusual con las anteriores extracciones, cirugía o lesión? Sí____ No____

11. ¿Son sus dientes sensibles a calor, frío, dulce o presión? Sí____ No____

12. ¿Has tenido rayos X dentales tomadas en los últimos 5 años?..... Sí____ No____

Si es así, ¿en donde? _____

13. ¿Qué te gustaría cambiar de tu sonrisa? _____

A lo mejor de mi conocimiento, todas las respuestas anteriores y la información proporcionada son verdaderas y correctas. Si tengo cualquier cambio en mi salud, voy a informar a la oficina en mi próxima cita.

Firma: _____ Fecha: _____

Revisión Anual:

He revisado y actualizado la anterior y los cambios necesarios en mi historial médico.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha: _____