

Historial Medico

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Aunque el personal dental trata principalmente el área adentro y alrededor de la boca, su boca es parte de su cuerpo. Por lo tanto los problemas de salud que usted pueda tener, o medicación que pueda estar tomando, podría tener una interrelación importante con la odontología que usted va a recibir. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- Esta usted bajo el cuidado de algún medico(s)? Si No Si, por favor explique _____
- Alguna vez a estado hospitalizado o tenido alguna operación? Si No Si, por favor explique _____
- Alguna vez a tenido una lesión grave en la cabeza o cuello? Si No Si, por favor explique _____
- Esta tomando medicamentos, pastillas o drogas? Si No Si, por favor explique _____
- Esta tomando o a tomado Phен-Fen o Redux? Si No
- Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos? Si No
- Esta en alguna dieta especial? Si No
- Usa tabaco? Si No
- Usa sustancias controladas? Si No

Mujeres únicamente: Esta

Embarazada/ Tratando de quedar embarazada Si No Tomando anticonceptivos Si No Lactancia Si No

Es alérgico a cualquiera de los siguientes?

Aspirina Penicilina Codeína Anestésicos locales

Acrílico Metal Látex

Otro. Por favor explique _____

Tiene o alguna vez a tenido, cualquiera de los siguientes?

- | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| SIDA/ VIH positivo <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Diabetes <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Hepatitis A <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Perdida de peso reciente <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Alzheimer <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Adicción a las Drogas <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Hepatitis B o C <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Diálisis Renal <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Anafilaxia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Falto de aliento <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Herpes <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Fiebre reumática <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Anemia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Enfisema <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Alta presión <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Reumatismo <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Artritis/ Gota <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Epilepsia o convulsiones <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Colesterol alto <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Escarlatina <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Válvula del Corazón Artificial <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Sangrado excesivo <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Urticaria o Erupción <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Herpes <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Articulación artificial <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Sed excesiva <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Hipoglucemia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Enfermedad de células falciformes <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Asma <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Desmayos / Mareos <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Palpitaciones Irregulares <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Sinusitis <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Enfermedad de la Sangre <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Tos frecuente <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Problemas del Riñón <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Espina Bífida <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Transfusión de Sangre <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Diarrea frecuente <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Leucemia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Problemas del estomago / intestino <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Problemas para respirar <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Dolor de cabeza frecuente <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Enfermedad Hepática <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Embolia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Moretones con facilidad <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Herpes genital <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Baja Presión <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Hinchazón <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Cáncer <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Glaucoma <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Enfermedad Pulmonar <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Enfermedad de la Tiroides <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Quimioterapia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Fiebre elevada <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Prolapso de la válvula mitral <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Anginas <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Dolor en el pecho <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Ataque / Falla del corazón <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Osteoporosis <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Tuberculosis <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Herpes labial / fuegos <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Soplo en el corazón <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Dolor en la mandíbula <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Tumores o abscesos <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Enfermedad cardiaca congénita <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Marcapasos <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Enfermedad Paratiroidea <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Ulceras <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Convulsiones <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Problemas / Enfermedad del corazón <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Atención Psiquiátrica <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Enfermedad Venérea <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Cortisona <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Hemofilia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Tratamientos de Radiación <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | |

Alguna vez a tenido una enfermedad grave no mencionada en esta lista? Si No

Comentarios _____
