

HISTORIAL DE SALUD PARA:

1. Estas teniendo dolor o algo que te molesta en este momento? SI NO
2. Has sido paciente en el hospital durante los últimos dos años? SI NO
3. Has estado bajo el cuidado de un médico durante los últimos dos años? SI NO
4. Enumere cualquier medicamento o droga tomada durante los últimos dos años?
Nombre del Médico _____ Número de Teléfono (____) _____
5. Estas tomando algun medicamento o droga?
Si es así, pro favor enumera: _____
6. Alguna vez ha tomado Phen-Phen (ahora o en el pasado)? Si es así, por cuanto tiempo?
7. Eres sensible o alérgico a algún medicamento o anestésico?
8. Indique cuál de los siguientes ha TENIDO o tiene en este momento (marque con un "sí" o "no" a cada elemento.

Soplo Cardíaco	Carrera	Herpes Labial/Ampolla de Fiebre...
SI NO	SI NO	SI NO
Prolapso de la válvula mitral	Cancer	Alergia al Latex
SI NO	SI NO	SI NO
Fiebre Reumática	Quimioterapia	Tumores
SI NO	SI NO	SI NO
Alta Presion Sanguinea	Terapia de Radiacion	Enfermedad del Hígado
SI NO	SI NO	SI NO
Enfermedad Cardíaca o Ataque..	Diabetes	Hepatitis A (infecciones).....
SI NO	SI NO	SI NO
Angina de Pecho	Asma	Hepatitis B (suero)
SI NO	SI NO	SI NO
Articulaciones Artificiales	Fiebre de Heno	Enfermedad Venérea
(Cadera, rodilla, etc.)	SI NO	SI NO
SI NO	Alergias o Colmenas	S.I.D.A.....
Valvula Cardíaca Artificial	SI NO	SI NO
SI NO	Sinusitis	H.I.V. Positivo
Marcapasos Cardíaco	SI NO	SI NO
SI NO	Tos Cronica	Transfusión de Sangre
Cirugia de Corazon	SI NO	SI NO
SI NO	Enfisema	Problemas de Sangrado
Insuficiencia Cardíaca	SI NO	SI NO
SI NO	Tuberculosis	Anemia
Arteriosclerosis	SI NO	SI NO
SI NO	Desmayos/Mareos	Enfermedad de Células Falciforme.
Cardiopatía Congenita	SI NO	SI NO
SI NO	Epilepsia/Convulsiones	Facilmente Abollado
Artritis	SI NO	SI NO
SI NO	Problemas Tiroideos	Discapacidad de Desarrollo
Reumatismo	SI NO	SI NO
SI NO	Glaucoma	Nerviosismo
Medicación de Cortisona	SI NO	SI NO
SI NO	Problemas de Riñón	
Drogadicción	SI NO	
SI NO	Úlceras	
	SI NO	

9. Cuando subes las escaleras of das un paseo, alguna vez tienes que parar debido al dolor en el pecho?
10. Se hinchan tus tobillos durante el día?
11. Alguna vez te levantas del sueño y te falta el aliento?
12. Has perdido o ganado más de diez libras en el año pasado?
13. Estás en una dieta especial?
14. Tiene o ha tenido alguna enfermedad, condición o problema no incluido en la lista?

PARA MUJERES SOLAMENTE: Estás embarazada? SI__ Que Mes? ___ NO ___ Estas amamantando? SI ___ NO ___
Estas tomando pastillas anticonceptivas? SI__ NO__

1. El abajo firmante autoriza al doctor a tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías o otros medios de diagnóstico que el médico considere apropiados para realizar un diagnóstico completo de las necesidades dentales del paciente.
2. También autorizo al médico a realizar todo el tratamiento recomendado de mutuo acuerdo entre nosotros y el médico, y para utilizar la medicación y la terapia apropiadas indicadas para dicho tratamiento.
3. Entiendo que es mi responsabilidad avisar a su oficina sobre cualquier cambio en la información contenida en este formulario. Entiendo que la información anterior es necesaria para proporcionar atención dental de manera segura y eficiente. He respondido todas las preguntas con sinceridad y, a mi leal saber y entender.

Firma del paciente/Parte Responsable : _____

Fecha: _____

Firma /Revisado por

Fecha

Testigo