 Historia Médica

Fecha de hoy: ¿Cuándo fue la última visita al dentista?

Nombre complete del paciente: Fecha de nacimiento:

Domicilio: Ciudad: Código Postal:

Tel Celular #:

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Está usted bajo el cuidado de un medico ahora? | * Si
 | * No
 |
| ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor? | * Si
 | * No
 |
| ¿Ha tenido algo grave en la cabeza o lesión en el cuello? | * Si
 | * No
 |
| ¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas? | * Si
 | * No
 |
| ¿Está en una dieta especial? | * Si
 | * No
 |
| ¿Usa tabaco? | * Si
 | * No
 |
| ¿Está bajo substancias controladas? | * Si
 | * No
 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mujeres: Está** | * ¿Embarazada?
 | * ¿Tratando quedar embarazada?
 | * ¿Amamantando?
 | * ¿Tomando anticonceptivos orales?
 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * Aspirina
 | * Penicilina
 | * Codeína
 | * Acrílico
 | * Metálico
 | * Látex
 | * Anestésicos locales
 |
| * Otros en caso afirmativo, sírvase explicar:
 |

En caso afirmativo, explique:
En caso afirmativo, explique:
En caso afirmativo, explique:
En caso afirmativo, explique:
En caso afirmativo, explique:
En caso afirmativo, explique:

¿Es usted alérgico a lo siguiente?

¿Tiene, O ha tenido, de lo siguiente algo? No Tengo Nada

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * SIDA/HIV Positivo
 | * Dolores en el pecho
 | * Glaucomas
 | * Problemas de los riñones
 | * Zona de matojos
 |
| * Enfermedad de Alzhéimer
 | * Herpes labial/Fiebre Ampollas
 | * Herpes Genitas
 | * Leucemia
 | * Enfermedad de células fácil formales
 |
| * Anafilaxia
 | * Congénitas del Corazón Desorden
 | * Fiebre del Heno
 | * Enfermedades del hígado
 | * Problemas del seno
 |
| * Anemia
 | * Convulsiones
 | * Ataque del corazón/Fracaso
 | * Presión arterial baja
 | * Espina bífida
 |
| * Anginas
 | * La cortisona Medicina
 | * Soplo cardiaco
 | * Sin enfermedad pulmonar
 | * Estomago/intestinal enfermedad
 |
| * Artritis/Gota
 | * Abuso de azúcar
 | * Corazón marcapasos
 | * Prolapso de la válvula mitral
 | * Golpe
 |
| * Válvula del corazón artificial
 | * Drogadicción
 | * Problemas del corazón/enfermedad
 | * Dolor en la quijada Articulaciones
 | * Hinchazón de las extremidades
 |
| * Articulación artificial
 | * Fácilmente sin aliento
 | * Hemofilia
 | * Enfermedad paratiroides
 | * Enfermedad de la tiroides
 |
| * Asma
 | * Enfisema
 | * La hepatitis A
 | * Atención Psiquiátrica
 | * Amigdalitis
 |
| * Enfermedad arterial
 | * Epilepsia o Convulsiones
 | * La hepatitis B o C
 | * Tratamiento de Radiación
 | * Tuberculosis
 |
| * Transfusión de sangre
 | * Sangrado excesivo
 | * Herpes
 | * Pérdida de peso reciente
 | * Los tumores o crecimientos
 |
| * Problema respiratorio
 | * Sed excesiva
 | * Presión arterial
 | * Diálisis renal
 | * Ulceras
 |
| * Cáncer
 | * Desmayos/vértigo
 | * Ronchas o erupción cutánea
 | * Fiebre reumática
 | * Enfermedad venérea
 |
| * Moretón Fácilmente
 | * Tos frecuente
 | * La hipoglucemia
 | * Reumatismo
 | * La ictericia amarilla
 |
| * Quimioterapia
 | * Los dolores de cabeza frecuente
 | * Latido irregular del corazón
 | * Escarlatina
 | * Diarrea frecuente
 |
| * Diabetes
 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿Ha tenido alguna enfermedad que no se haya/allá mencionado? | * Si
 | * No
 | En caso afirmativo, sírvase explicar: |

Comentarios:

Al mejor de mi conocimiento, las preguntas de esta forma se han contestado exactamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso a la salud de mi o mi hijo/a. Es mi responsabilidad informar a la oficina Del Mar Family Dental de cualquier cambio en el estado medico.

 **FIRMA DEL PACIENTE, PADRE, O GUARDIAN:** **Fecha De Hoy:**