

San Fernando Dental Care

HISTORIA MEDICO

Aunque dentistas tratan la area de su boca, su boca es parte de su cuerpo entero. Problemas de su salud que tiene, o medicamentos que podria estar tomando, pueden tener una importancia con el tratamiento dental que va recibir. Gracias por contestar las preguntas.

Esta usted bajo cuidado medico?	Si ___ No ___	Si es asi, por favor explique _____
A sido hospitalizado o tenido alguna cirugia ?	Si ___ No ___	Si es asi, por favor explique _____
Ha tenido algun lastimadura del cuello o la cabeza?	Si ___ No ___	Si es asi, por favor explique _____
Esta tomando algun medicamento, pildoras o drogas?	Si ___ No ___	Si es asi, por favor explique _____
Esta tomando o ha tomado Phen-Fen o Redux?	Si ___ No ___	Si es asi, por favor explique _____
Usted usa tobacco?	Si ___ No ___	Si es asi, por favor explique _____

Mujer: Esta usted...
Embarazada ? Si ___ No ___ Usando anticonseptivos? Si ___ No ___ Dando pecho? Si ___ No ___

Es usted alerjico a:
Aspirina ___ Penicilina ___ Codeina ___ Acrylico ___ Metal ___ Latex ___ Anestecia Local ___
Otra ___ si as otra por favor explique: _____

Tiene o ha tenido alguno de lo siguiente?

Sida/VIH Positivo	Si ___ No ___	Sangra excesivo	Si ___ No ___
Enfermedad de Alheimers	Si ___ No ___	Sed excesiva	Si ___ No ___
Anafilasis	Si ___ No ___	Mareos o desmayos	Si ___ No ___
Anemia	Si ___ No ___	Tos persistente	Si ___ No ___
Angina de Pecho	Si ___ No ___	Diarrea	Si ___ No ___
Artritis/Gout	Si ___ No ___	Dolores de cabeza	Si ___ No ___
Valvula artificial del Corazon	Si ___ No ___	Herpes genital	Si ___ No ___
Protesis artificial	Si ___ No ___	Glaucoma	Si ___ No ___
Asma	Si ___ No ___	Fiebre de Heno	Si ___ No ___
Enfermedad de la sangre	Si ___ No ___	Ataque de corazon	Si ___ No ___
Transfucion de sangre	Si ___ No ___	Soplo en el corazon	Si ___ No ___
Problema del respiracion	Si ___ No ___	Marcapasos	Si ___ No ___
Contucion Facilmente	Si ___ No ___	Enfermedad de Corazon	Si ___ No ___
Cancer	Si ___ No ___	Hemofilia	Si ___ No ___
Quimioterapia	Si ___ No ___	Hepatitis A,B,o C	Si ___ No ___
Dolor de pecho	Si ___ No ___	Alta presion sanguinea	Si ___ No ___
Fuegos en la boca	Si ___ No ___	Colmenas o erupcion	Si ___ No ___
Desorden de corazon congenito	Si ___ No ___	Problemas del rinon	Si ___ No ___
Convulsiones	Si ___ No ___	Leucemia	Si ___ No ___
Medicina de la cortisona	Si ___ No ___	Hipoglucemia	Si ___ No ___
Diabetes	Si ___ No ___	Problemas del higado	Si ___ No ___
Drogaddicion	Si ___ No ___	Baja presion sanguinea	Si ___ No ___
Facilmente vendeado	Si ___ No ___	Enfermedad del pulmon	Si ___ No ___
Empisema	Si ___ No ___	Prolapso de valvula mitral	Si ___ No ___
Epilepsia	Si ___ No ___	Dolor en la quijada	Si ___ No ___
Enfermedad paratiroides	Si ___ No ___	Cuidado psiquiatrico	Si ___ No ___
Radioterapia	Si ___ No ___	Perdida de peso recien	Si ___ No ___
Dialisis renal	Si ___ No ___	Fiebre reumatica	Si ___ No ___
Reumatismo	Si ___ No ___	Fiebre escarlata	Si ___ No ___
Ripias	Si ___ No ___	Enfermedad de celula de hoz	Si ___ No ___
Problemas de sinusitis	Si ___ No ___	Spina Bifido	Si ___ No ___
Enfermedad estomago o intestinal	Si ___ No ___	Embolio o infarto	Si ___ No ___
Hinchazon de miembros	Si ___ No ___	Enfermedad del tiroides	Si ___ No ___
Tonsilitis	Si ___ No ___	Tuberculosis	Si ___ No ___
Tumores o crecimientos	Si ___ No ___	Ulceras	Si ___ No ___
Enfermedad venereal	Si ___ No ___	Ictericia	Si ___ No ___

Ha tenido algun problema medico que no esta mencionada arriba? Si ___ or No ___ Si es asi por favor explique:

Al mejor de mi conocimiento, las preguntas sobre esta forma se han contestado exactamente. Entiendo que dando informacion incorrecta puede ser peligroso a mi salud. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental cualquier cambio en estado medico.

Firma de paciente o padres _____ Fecha _____