 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:**