

Historia Medica y Dental

Nombre: _____ **No. de cuenta** _____ **Fecha:** _____

Por favor circule "Sí o No" a cada pregunta.

1. Esta bajo cuidado de un medico? **Sí No**
Por favor indique la razon: _____
2. Esta tomando medicamentos recetados o no recetados? **Sí No**
Por favor indique cada uno: _____
3. Indique las fechas de todas las cirugias que ha tenido: _____
4. Sangra excesivamente cuando se lesiona? **Sí No**
5. Para Mujeres: Está embarazada? **Sí No** Esta amamantando? **Sí No** Si no, Esta tomando anticonceptivos? **Sí No**
6. Esta tomando o ha tomado Bifosfonato (bonica, fosamax, Actonel, Est.) en el pasado? **Sí No**
7. Cuando hace ejercicio alguna vez ha tenido que parar debido a dolor de pecho, falta de respiración o cansancio? **Sí No**
Por favor explicar: _____
8. A despertado alguna vez usted con falta de respiración? **Sí No**
9. Fuma usted o mastica el tabaco? **Sí No**
Si si, cuantos cigarillos al dia? _____
10. A tenido usted alguna vez tratamiento periodontal o corrección ortodóntica: Cirugia de encias o frenos? **Sí No**
Por favor explicar y de la fecha aproximada de la finalizacion del tratamiento: _____

Indique cual de lo siguiente tiene o a tenido:

CARDIOVASCULAR	RESPIRATORIO	OTROS
Alta Presion Arterial YES NO	Obstrucción de la nariz YES NO	Articulaciones Artificiales (cadera, rodilla) .. YES NO
Derrame Cerebral YES NO	Tos Persistente YES NO	Enfermedad Renal YES NO
Dolor de Pecho/ Tension YES NO	Infección Sinusal YES NO	Ulcera YES NO
Arteriosclerosis YES NO	Tos Cronica YES NO	Glaucoma YES NO
Insuficiencia Cardiaca YES NO	Tuberculosis YES NO	Cancer YES NO
Enfermedad del Corazón o Ataque ... YES NO	Asma YES NO	Artritis YES NO
Angina Pectoris YES NO	Ronquera YES NO	Reumatismo YES NO
Cardiopatía Congenita YES NO	Enfisema YES NO	Terapia de Radiacion YES NO
Soplo en el Corazón YES NO		Quimioterapia YES NO
Valvula Mitral Prolase YES NO	DIGESTIVO	Enfermedad Venerea YES NO
Valvula Artificial del Corazón YES NO	Dificultad para pasar YES NO	SIDA YES NO
Markapasos del Corazón YES NO	Acidez YES NO	VIH Positivo YES NO
Cirugia de Corazón YES NO	Dolar Abdominal YES NO	Herpes / Ampolla Febril YES NO
Fiebre Reumática YES NO	Enfermedad de Hígado YES NO	Transfusión de Sangre YES NO
	Ictericia Amarilla YES NO	Hemofilia YES NO
	Hepatitis A, B, C YES NO	Anemia YES NO
EXPLAIN: _____		Enfermedad de Célula YES NO
_____	ENDOCRINO	Aparicion de Moretones Facilmente YES NO
_____	Diabetes YES NO	Epilepsia o Convulsiones YES NO
_____	Problema de Tiroides YES NO	Desmayos o Mareos YES NO
_____	Problemas Suprarrenal YES NO	Tumores YES NO
_____	Cortisona Medicine YES NO	Drogadicción YES NO

11. Tiene o a tenido alguna enfermedad, condición o problema que no está en la lista? **Sí No**
Si si, por favor liste: _____
12. Indique a cuál de los siguientes puede o no ser alérgico a:
Guantes de Látex **Sí No** Codein **Sí No** Penicilina **Sí No**
Por favor indicar cualquier otra alergia que tenga: _____

He completado este cuestionario en su totalidad. Les he advertido de todos los problemas o trastornos médicos de los que tengo conocimiento. Autorizo y doy consentimiento total para que se me otorguen los servicios dentales acordados entre el dentista y paciente como sean necesarios, incluyendo exámenes, radiografías, anestésicos locales, y otros medicamentos como sean indicados. Soy responsable por el pago de todos los servicios dentales sin importar la cobertura de mi seguro dental y por medio de la presente asigno el pago de mis beneficios dentales al proveedor de servicios.

Contacto de Emergencia _____ **Tel #** _____

Tutor (si el paciente es menor de 18 años) _____ **Fecha:** _____

Revisado Por _____ **Fecha** _____