

HISTORIA MEDICA

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

NOMBRE DEL MEDICO _____ TELEFONO _____

POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS SI O NO Y PROVEE LAS RESPUESTAS DONDE SEA NECESARIO;

1. Usted considera que tiene una buena salud? Si No
2. Esta o ha estado bajo el cuidado medico dentro del ultimo año?
Si lo ha estado especifique por queha sido tratado _____ Si No
3. Usted toma algun medicamento, incluyendo pastillas para elcontrol prenatal?
Por favor especifique nombre y proposito del medicamento: _____ Si No

4. Usted tiene o ha tenido algun problema de corazon o sangre? Si No
5. Alguna vez le han dicho que tiene murmullo en el Corazon? Si No
6. Usted requiere ser premedicado con antibioticos por una condicion cardiac, valvula artificial o articulacion artificial? Si No
7. Usted tiene o ha tenido tension arterial alta? Si No
8. Usted sangra o se moratea facilmente? Si No
9. Ha sido diagnosticado alguna vez con HIV positivo o SIDA? Si No
10. Alguna vez ha tenido hepatitis o enfermedad del higado? Si No
11. Alguna vez ha tenido: fiebre reumatica ___ Asma ___ desorden de la sangre _____;
Diabetes ___ reumatismo ___ arthritis _____ tuberculosis _____ enfermedad venerea ___ ataque cardiac _____
enfermedad del rinon _____ desordenes del sistema inmunologico _____ otras enfermedades _____
Especifique: _____ Si No
12. Alguna vez ha tenido una reaccion inusual o es alergico a alguno de los siguientes: Si No
Penicilina ___ Aspirina ___ Acetaminofen ___ Ibuprofeno ___ Codeina ___; Barbituricos ___ Sulfas ___
Otros _____
13. Esta sujeto a desmayarse? Si No
14. Alguna vez ha tenido una reaccion severa a los tratamientos dentales o a los anesteticos locales? Si No
15. Es usted alergico a algun anestesico local? Si No
16. Usted tiene alguna otra alergi? Describala _____ Si No
17. Alguna vez ha tenido un ataque nervioso o ha estado en tratamiento psiquiatrico? Si No
18. Alguna vez ha sido tratado por alcoholism o drogadiccion? Si No
19. Esta usted embarazada? Si No
20. Tiene dolor? Si No
21. La ultima vez que vio aun Odontologo? _____
22. Quien fue su ultimo Odontologo? _____
23. Usted cree que sus dientes estan afectando su salud? Si No
24. Tiene o ha tenido sangrado de la encia o es esta sensible? Si No
25. Alguna vez ha tomado Phen-Fen o algun medicamento para controlar el apetito? Si No
26. Alguna vez ha tomado alcohol o ha fumado ? Si No
27. Algun vez ha tomado Fosamax, Boniva o algun otro medicamento prescrito para reducir la reabsorcion de los huesos como la Osteoporosis o algun otro medicamento para la metastasis de cancer de hueso? Si No

YO CERTIFICO QUE LAS RESPUESTAS A ESTE CUESTIONARIO SON PRECISAS A LO MEJOR DE MI CAPACIDAD, DESDE QUE UN CAMBIO EN MI CONDICION MEDICA O EN MEDICAMENTOS QUE TOMO PUEDEN AFECTAR MI TRATAMIENTO DENTAL. YO ENTIENDO LA IMPORTANCIA Y ESTOY DE ACUERDO EN TOMAR LA RESPONSABILIDAD DE NOTIFICAR AL ODONTOLOGO DE CUALQUIER CAMBIO EN MI SIGUIENTE CITA.

Firma _____

(Paciente o representante legal)

Fecha _____

(rev 11/09)