

# HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

Aunque el Dentista trata principalmente el área y alrededor de su boca es un aparte de su cuerpo. Problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podría haber una interrelación importante con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- Está usted actualmente bajo cuidado medico?  Si  No Por qué? \_\_\_\_\_
- Ha estado hospitalizado en los últimos dos años?  Si  No Por qué? \_\_\_\_\_
- Ha tenido alguna lesión seria en el cuello o la cabeza?  Si  No Por qué? \_\_\_\_\_
- Actualmente toma medicamentos, drogas, píldoras?  Si  No Liste los medicamentos? \_\_\_\_\_
- Usted toma o a tomado Phen-Fen or Redux?  Si  No \_\_\_\_\_
- Esta usted en alguna dieta en especial?  Si  No \_\_\_\_\_
- Usted fuma?  Si  No \_\_\_\_\_
- Usted utiliza sustancias controladas  Si  No \_\_\_\_\_

## Mujeres Únicamente:

- Está usted embarazada?  Si  No Fecha Estimada de parto? \_\_\_\_\_
- Está usted amamantando?  Si  No Toma anticonceptivos?  Si  No

## Es usted alérgico a los siguiente:

- Penicilina  Codeína  Pre-Medicación requerida
- Aspirina  Látex  Novocaino
- Otro: \_\_\_\_\_

## Condiciones Medicas

Seleccione cualquiera de las siguientes condiciones actualmente que tiene o a tenido en el pasado:

- |  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> HIV Positivo                  | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho           | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza frecuente | <input type="checkbox"/> Latido del Corazon irregular | <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlatina            |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Alzheimers       | <input type="checkbox"/> Herpes Labial               | <input type="checkbox"/> Herpes Genital            | <input type="checkbox"/> Enfermedad del rinon         | <input type="checkbox"/> Ripia                         |
| <input type="checkbox"/> Anafilaxia                    | <input type="checkbox"/> Problema cardiaco congènito | <input type="checkbox"/> Glaucoma                  | <input type="checkbox"/> Leukimia                     | <input type="checkbox"/> Cèlula Falciforme             |
| <input type="checkbox"/> Anemia                        | <input type="checkbox"/> Convulsiones                | <input type="checkbox"/> Fiebre Alta               | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado        | <input type="checkbox"/> Problema de sinusitis         |
| <input type="checkbox"/> Angina de pecho               | <input type="checkbox"/> Tratamiento con Cortesona   | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón         | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja        | <input type="checkbox"/> Espina Vertebral Bífida       |
| <input type="checkbox"/> Artritis/Gota                 | <input type="checkbox"/> Diabetes                    | <input type="checkbox"/> Soplo en el corazón       | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar          | <input type="checkbox"/> Problema Gastrointestinales   |
| <input type="checkbox"/> Válvula de corazón artificial | <input type="checkbox"/> Adicción a las Drogas       | <input type="checkbox"/> Marcapasos                | <input type="checkbox"/> Prolapso de Válvula Mitral   | <input type="checkbox"/> Ataque cerebral               |
| <input type="checkbox"/> Articulación artificial       | <input type="checkbox"/> Mareos                      | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón     | <input type="checkbox"/> Dolor en las Mandibulas      | <input type="checkbox"/> hinchazón de las extremidades |
| <input type="checkbox"/> Asma                          | <input type="checkbox"/> Enfisema pulmonar           | <input type="checkbox"/> Hemofilia                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad paratiroidea      | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides     |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Sangre          | <input type="checkbox"/> Epilepsia o Ataques         | <input type="checkbox"/> Hepatitis A               | <input type="checkbox"/> Cuidado Psiquiatrico         | <input type="checkbox"/> Amigdalitis                   |
| <input type="checkbox"/> Transfusión sanguínea         | <input type="checkbox"/> Sangra mucho el cortarse    | <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C           | <input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiacion     | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                  |
| <input type="checkbox"/> Problemas al respirar         | <input type="checkbox"/> Sed excesiva                | <input type="checkbox"/> Herpes                    | <input type="checkbox"/> Reciente pérdida de peso     | <input type="checkbox"/> tumor/ desarrollo             |
| <input type="checkbox"/> Moretones con facilidad       | <input type="checkbox"/> Desmayos/Mareos             | <input type="checkbox"/> Presion arterial Alta     | <input type="checkbox"/> Diàlisis renal               | <input type="checkbox"/> Ulceras                       |
| <input type="checkbox"/> Cancer                        | <input type="checkbox"/> Tos frecuente               | <input type="checkbox"/> Urticaria o comezon       | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática             | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea            |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia                 | <input type="checkbox"/> diarrea frecuente           | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia              | <input type="checkbox"/> Reumatismo                   | <input type="checkbox"/> Ictericia                     |

Alguna otra cosa que no este en esta lista: Si NO Por favor explique: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_