

## HISTORIA

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento

DD

MM

YY

*Aunque el Dentista trata principalmete las areas de la boca y sus alrededores, su boca es parte del cuerpo. Problemas de salud o medicamentos que usted esta tomando, pueden tener una relacion importante con el tratamiento dental que usted recibe. Gracias por responder las siguientes preguntas.*

- |   |                             |                             |                         |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| Esta usted en tratamiento Medico?                       | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | IPor que?: _____        |
| Ha estado Hospitalizado o ha tenido Cirugias?           | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Por que?: _____         |
| Ha tenido alguna lesion grave de la cabeza o el cuello? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Por que?: _____         |
| Esta tomando algun medicamento o pastillas?             | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Cuales y porque?: _____ |
| Esta tomando o ha tomado, Phen-Fen or Redux?            | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____                   |
| Ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel, Bisphosphonates?    | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____                   |
| Esta en alguna dieta especial?                          | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____                   |
| Usa tobacco?  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____                   |
| Usa drogas?   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____                   |

**MUJER:** Esta usted

Embarazada o planeando Embarazo?  Yes  No Tomando anticonceptivos?  Yes  No Esta lactando?  Yes  No

**ALERGICO:** Es elergico a alguno de los siguinetes medicamentos

Aspirina  Penicilina  Codeine  Anestescicos Locales  Acrilico  Metal  Latex  Sulfa drugs

Ortos: Cual?: \_\_\_\_\_

Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?

- |                          |                             |                             |                        |                             |                             |                          |                             |                             |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Sida/HIV positivo        | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Sed Excesive           | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Prolapso Valvula         | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Alzheimer                | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Desmayos/Mareos        | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Osteoporosis             | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Anafilaxis               | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Tos frecuente          | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Dolores Articulares      | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Anemia                   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Diarrea frecuente      | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Parotiditis              | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Angina                   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Dolor de cabeza        | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Atencion Psiquiatrica    | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Arthritis/Gota           | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Herpes genital         | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Endocarditis bacteriana  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Valbulas Artificiales    | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Glaucoma               | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Radioterapia             | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Articulacions Artificial | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Rinitis Alergica       | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Baja de peso reciente    | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Asma                     | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Insuficiencia Cardiaca | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Dialisis renal           | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad de Sangre     | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Soplo en el Corazon    | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Fiebre Reumatica         | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Transfucion Sanguinea    | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Marcapasos             | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Reumatismo               | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Problema Respiratorio    | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Problemas del Corazon  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Fiebre Escarlata         | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Contusion o moreton      | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Hemofilia              | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Herpes Zoster            | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Cancer                   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Hepatitis A            | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Sickle Cell Disease      | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Quimioterapia            | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Hepatitis B or C       | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Sinusitis                | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Dolor en el Pecho        | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Herpes                 | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Espina Bifida            | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Herpes labial            | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Persion arterial alta  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Problemas intestinales   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad de Corazon    | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Colesterol Alto        | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Ataques cardiacos        | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Convulsiones             | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Urticaria o erupciones | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Hinchazon en extremidade | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Medicina con Cortisona   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Hipogilcemia           | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Enfermedad en Tiroides   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Latidos irregulares    | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Amigdalitis              | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Adiccion a drogas        | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Enfermedad en Rinones  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis             | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Sin aliento facilmente   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Enfermedad Higado      | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Tumores o Crecimientos   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Enfisema                 | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Leucemia               | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Ulceras                  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Epilepsia/Convulsiones   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Persion arterial baja  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Enfermedades Venereas    | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Sangrado excesivo        | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Enfermedad Pulmonar    | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Ictericia                | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

Tiene alguna otra enfermedad no mencionada anteriormente  Si  No \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

Al mejor de mi conócimineto, las respuestas en esta formato han sido resopondidas correctamente. Yo entiendo que dar informacion incorrecta puede ser peligroso para mi salud y la de otros pacientes. Es responsabilidad mia, informara la oficina dental cualquier cambio en mi condicion medica.