

ANTECEDENTES MEDICOS DEL PACIENTE

Aunque el personal dental trata principalmente el área interna y alrededor de la boca esta es parte del cuerpo en su totalidad. Los problemas de salud que puede tener, o los medicamentos que toma, podrían tener una interrelación importante con el servicio odontológico que recibirá. Gracias por responder las siguientes preguntas.

Si la respuesta es si, por favor explique:

¿Esta bajo el cuidado de un medico? OSi ONo
 ¿Ha estado hospitalizado alguna vez por alguna intervención quirúrgica o enfermedad grave? OSi ONo
 ¿Alguna vez a sufrido una lesión en la cabeza o el cuello? OSi ONo
 ¿Esta tomando medicamentos, píldoras, o drogas? OSi ONo
 ¿Ha tomado alguna vez Phen-Fen o Redux? OSi ONo
 ¿Esta bajo alguna dieta especial? OSi ONo
 ¿Usa Tabaco? OSi ONo
 ¿Usa o ha usado sustancias controladas? OSi ONo

SOLO MUJERES:

¿Esta embarazada o cree estarlo? OSi ONo ¿Esta tomando píldoras anticonceptivas? OSi ONo ¿Esta amamantando? OSi ONo

¿Es alérgico o ha tenido reacciones a?:

Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metal Látex/ Goma Anestesia local
 Otro (Explique) _____

¿TIENE O HA TENIDO LO SIGUIENTE?:

Sida o infección de VIH	OSi ONo	Sangrado excesivo	OSi ONo	Enfermedad de los pulmones	OSi ONo
Alzheimer's Disease (Problemas de la memoria)	OSi ONo	Sed excesiva	OSi ONo	Prolapso de la válvula mitral	OSi ONo
Anafilaxis (seria reacción alérgica)	OSi ONo	Episodios de desmayos o mareos	OSi ONo	Dolor en el maxilar inferior o Quijada	OSi ONo
Anemia	OSi ONo	Tos persistente	OSi ONo	Enfermedad de paratiroides	OSi ONo
Problemas cardiacos, ataque cardiaco, o angina	OSi ONo	Diarrea frecuente	OSi ONo	Atención de salud mental	OSi ONo
Artritis	OSi ONo	Dolores de cabeza frecuentes	OSi ONo	Tratamiento de radiación	OSi ONo
Válvula artificial del corazón	OSi ONo	Herpes genital	OSi ONo	Perdida de peso reciente	OSi ONo
Implante o reemplazo de articulación	OSi ONo	Glaucoma	OSi ONo	Diálisis renal	OSi ONo
Asma	OSi ONo	Fiebre del Heno	OSi ONo	Fiebre reumatica	OSi ONo
Enfermedad de sangre	OSi ONo	Ataque al corazón	OSi ONo	Reumatismo	OSi ONo
Transfusión de sangre	OSi ONo	Soplo cardiaco	OSi ONo	Fiebre escarlata	OSi ONo
Problemas pulmonares o respiratorios	OSi ONo	Marcapasos	OSi ONo	Herpes Zoster (shingles)	OSi ONo
Se hace moretones con facilidad	OSi ONo	Enfermedad del corazón	OSi ONo	Anemia falciforme	OSi ONo
Cáncer	OSi ONo	Hemofilia	OSi ONo	Sinusitis	OSi ONo
Quimoterapia	OSi ONo	Hepatitis A	OSi ONo	Espina bifida	OSi ONo
Dolor en el pecho	OSi ONo	Hepatitis B o C	OSi ONo	Enfermedad del estomago/intestinos	OSi ONo
Herpes labial/ Ampollas por fiebre	OSi ONo	Herpes	OSi ONo	Ataque cardiaco/cerebral	OSi ONo
Problema congénito del corazón	OSi ONo	Presión arterial alta	OSi ONo	Hinchazón de pies, tobillos, o manos	OSi ONo
Convulsiones	OSi ONo	Ronchas o sarpullido	OSi ONo	Tiroides	OSi ONo
Tratamiento con cortisona	OSi ONo	Hipoglucemia	OSi ONo	Amigdalitis	OSi ONo
Diabetes	OSi ONo	Latido del corazón irregular	OSi ONo	Tuberculosis	OSi ONo
Dependencia de fármacos o drogas	OSi ONo	Problemas del Riñón	OSi ONo	Tumores	OSi ONo
Se agita fácilmente	OSi ONo	Leucemia	OSi ONo	Ulceras	OSi ONo
Enfisema	OSi ONo	Problemas del Hígado	OSi ONo	Enfermedades venéreas	OSi ONo
Epilepsia	OSi ONo	Presión arterial baja	OSi ONo	Ictericia (yellow jaundice)	OSi ONo

Otro que no halla sido mencionado en lo anterior, por favor explique: _____

Certifico que he leído y entiendo la información anterior. Las preguntas anteriores han sido contestadas con exactitud, a mi mejor saber y entender. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en mi estado de salud.

Firma del Paciente (Padre/Tutor): _____

Fecha: _____