

# Antecedentes Medicos del Paciente

Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono de Oficina: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen: \_\_\_\_\_

1. ¿Está bajo tratamiento médico actualmente? ..... Sí No
2. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado para una operación quirúrgica o una enfermedad grave en los últimos 5 años? ..... Sí No  
(En caso afirmativo, explique).....
3. ¿Está tomando algún medicamento (s) incluyendo medicinas sin receta? ..... Sí No  
En caso afirmativo, indique que el medicamento (s): .....
4. ¿Usa tabaco? ..... Sí No
5. ¿Alguna vez ha tomado phen phen? ..... Sí No
6. ¿Usa sustancias controladas? ..... Sí No
7. ¿Estás usando lentes de contacto? ..... Sí No
8. ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes: (Por favor círculo Sí o No)

	SI NO		SI NO		SI NO
Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Presión Arterial Baja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dolor en de pecho	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Marcapasos cardíacos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedades del Corazon	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Soplo Cardíaco	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Golpe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Angina de pecho	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mareo / convulsions	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cansado frecuentes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Radioterapia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Fácilmente Sin aliento	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Epilepsia / convulsions	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Predida de peso reciente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Leucemia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Implante o reemplazo de articulación	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tobillos hinchados	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hepatitis / ictericia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedades del Hígado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
SIDA or infección de VIH	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Problemas estomacales o úlcera	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	La fiebre del heno / Alergias	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Problema de la tiroides	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedades de Transmisión Sexual	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Otro: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

9. ¿Es usted alérgico o ha tenido alguna reacción a lo siguiente?
- |  |       |                  |       |                 |       |
|--|-------|------------------|-------|-----------------|-------|
| Los anestésicos locales (por ejemplo, novocaína) | Sí No | Aspirina         | Sí No | Sedantes        | Sí No |
| La penicilina o cualquier otros antibióticos     | Sí No | todos los metals | Sí No | látex de caucho | Sí No |
| Sulfas de yodo                                   | Sí No | Yodo             | Sí No | Otro: _____     | Sí No |

10. Sólo para mujeres:
- (a) ¿Está actualmente embarazada o cree que puede estarlo?    Sí No    (b) ¿Está amamantando?    Sí No    (c) ¿Está tomando anticonceptivos orales?    Sí No

## Autorización

Yo certifico que he leído y entendido la información anterior a lo mejor de mi conocimiento. Las preguntas anteriores han sido correctamente contestadas. Entiendo que proveer información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Yo autorizo al dentista a divulgar mi información, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o exámenes rendidos a mi hijo o yo durante el período de la atención dental a los contribuyentes como de terceros y / o profesionales de la salud. Yo autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista o un seguro de grupo de los beneficios dentales de otro modo pagadero a mí. Entiendo que mi compañía de seguros dentales puede pagar menos de la cuenta real de servicios. Estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o mis dependientes. Doy mi consentimiento a la radiografía dental, los procedimientos de diagnóstico y tratamiento por el dentista necesarias para el cuidado dental apropiado.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / padre / tutor y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del dentista y Fecha

### PARA FUTURAS VISITAS / SÓLO DE LOS NOMBRAMIENTOS -- REVISIÓN ACTUALIZACIÓN Y COMENTARIOS:

1. ¿Cualquier cambio (cambios) en la historia de la salud o condición Médica? Si Sí, explica por favor:

	Firma del Paciente	Dentist' Sign	Date/ Fecha
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			