

NOMBRE DEL PACIENTE _____

INFORMACIÓN MÉDICA

¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico? Sí No Si es así, ¿que condición(es) le están tratando? _____

Nombre de su médico: _____ # de Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona postal: _____

Fecha de su último examen médico: _____

¿Ha tenido alguna enfermedad grave o ha sido hospitalizado(a) en los últimos 5 años? Sí No Si es así, ¿cuál fue la enfermedad o el problema? _____

¿Está tomando alguna(s) medicina, droga o pastilla? Sí No Si es así, nómbrelas incluyendo las dosis: _____

¿Es alérgico(a) o ha tenido alguna reacción a cualquiera de lo siguiente?

Anestésicos locales.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Aspirina.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Penicilina u otros antibióticos.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Yodo.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Medicinas de sulfa.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Codeína u otros narcóticos.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Barbitúricos, sedantes o pastillas de dormir....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Latex.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otros _____			

Indique si tiene o ha tenido cualquiera de las siguientes enfermedades o problemas. <Circule 'Sí' o 'No'>

Corazón (Cirugía, Enfermedad, Ataque)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Articulación artificial o reemplazada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes (Tipo I o II)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hemofilia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Defectos del corazón de nacimiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dieta (Especial/Restringida)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Soplo en el corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlceras/Problemas del estómago	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Artritis/Reumatoidea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sangrado anormal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Presión sanguínea alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de los riñones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tumores/Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Presión sanguínea baja	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de las tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ictericia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alergias estacionales (polen, moho, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamiento de radiación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas neurológicos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Válvulas artificiales en el corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sinusitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Marcapaso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad transmitida sexualmente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desmayos/ Mareos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	S.I.D.A.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nerviosismo/Ansiedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tobillos inflamados	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tos crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Infección por V.I.H.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Bajo cuidado psicológico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cortisona	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

¿Ha perdido o aumentado más de 10 libras en el último año?..... Sí No

¿Ha tomado pastillas recetadas para bajar de peso llamadas REDUX o PHEN PHEN?..... Sí No

¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad, condición o problema no mencionado en la lista anterior?..... Sí No

Si es así, favor de explicar _____

PARA MUJERES SOLAMENTE: ¿Está embarazada? Sí (____ meses) No ¿Está lactando? Sí No

¿Está tomando PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS o PASTILLAS PARA TERAPIA HORMONAL? Sí No

PACIENTES MENORES DE EDAD:

Por favor de indicar <PADRE CUSTODIO O GUARDIÁN> - Nombre: _____

Dirección: _____ # de Teléfono: _____

Entiendo que toda la información en este formulario es necesaria para ofrecerme cuidado dental de manera segura y eficiente. He contestado todas las preguntas con mis mejores conocimientos. Si alguna información adicional es necesaria, ustedes tienen mi permiso para preguntarle al médico o agencia adecuada, quienes están autorizados a brindársela. Notificaré al Doctor(a) sobre cualquier cambio en mi salud o medicamentos.

Firma del Paciente o Guardián _____ Fecha _____