

HISTORIA CLINICA

PACIENTE NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

Aunque el personal dental trata principalmente el área en y alrededor de la boca. La boca forma parte de su cuerpo entero. Los problemas de la salud que usted puede tener, o la medicina que usted puede estar tomando, podría tener una interrelación importante con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las preguntas siguientes.

Esta usted bajo el cuidado de un medico ahora? Si No Si, explica por favor: _____
Jamás ha sido hospitalizado usted o ha sido tenido una operación mayor? Si No
Si, explica por favor: _____
Jamás ha tenido usted una herida grave de cabeza o cuello? Si No Si, explica por favor: _____
Toma usted cualquier medicina, las pildoras, o las drogas? Si No Si, explica por favor: _____
Toma usted o has tomado used el Phen-Pantano o Redux? Si No _____
Esta usted en una dieta especial Si No _____
Utiliza usted tobacco? Si No _____
Utiliza usted sustancias controladas? Si No

Las mujeres, esta usted embarazada, o tratando de estarlo? Si No
Usted toma anticonceptivos orales? Si No Usted alimentando a su bebe? Si No

Es usted alérgico a cualquiera del siguiente?
La Aspirina La Penicilina La Codeína El Acrílico El Metal El Látex Anestésicos locales Otro

Tiene usted, o ha tenido usted, cualquiera del siguiente?

SIDA/VIH positive	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Medicina de cortisona	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hemofilia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Diálisis Renal	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Alzheimers	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Diabetes	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hepatitis A	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Fiebre Reumática	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Anafilaxia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Toxicomanía	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hepatitis B o C	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Reumatismo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Anema	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enrollo fácilmente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Herpes	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Escarlatina	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Angina	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfisema	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Colmenas o la erupción	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tablillas	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Artritis/Gota	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Epilepsia o tomas	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hipoglucemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad de célula	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Válvula Artificial de Corazón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Sangrar Excesivo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Latido del Corazón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Problema de sinus	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Artificial conjunto	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Sed excesiva	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hipertensión	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Bifica de spina	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Asma	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Desvanecimiento mareo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Problemas de Riñón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad Estomago /Intestinal	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Enfermedad de Sangre	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Frecuenta Tos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Leucemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Embolia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Transfusión de Sangre	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Frecuenta Diarrea	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Afección Hepática	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Miembro Hinchados	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Repirando Problema	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Frecuenta dolor de cabeza	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hipotensión	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad de Tiroides	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Magulladura Fácilmente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Herpes Genital	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad Pulmonar	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Amigdalitis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Cancer	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Glaucoma	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Prolapso Mitral de Válvula	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tuberculosos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Quimioterapia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Polinosis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad de Parathyroid	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tumores o Crecimientos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Los Dolores de Pecho	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Infarto/Fracaso	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Dolor en Coyunturas	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ulcers	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Ampohas de Herpes Labial	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ritmo de Corazón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Cuidado Psiquiátrico	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad Venérea	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Fiebre Congénito de Corazón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Fabricante de Ritmo de Corazón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tratamientos de Radiación	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ictericia Amarilla	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Convulsiones	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Problema o Corazón de enfermedad	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Perdida de Pesa	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		

Jamás ha tenido usted ninguna enfermedad grave que no este en la lista de arriba? Si No Si, explica por favor: _____

Comenta: _____

Según mi leal saber y entender, las preguntas en esta forma han sido contestadas exactamente. Comprendo que eso proporcionando información inexacta puede ser peligroso a mi (o los pacientes) salud. Es mi responsabilidad de informar la oficina dental de cualquier cambio en el estado medico.

La Firma de Paciente, El Padre, El Guardián _____ La Fecha _____