

HISTORIAL MEDICA

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Aunque el personal dental trata solamente el area del diente y a su alrededor, su boca es parte de su cuerpo. Problemas de la salud que usted pueda tener, medicamentos que pueda estar tomando, puede tener gran impacto en el tratamiento dental. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

Esta usted bajo tratamiento medico en este momento? **S N** Si marco SI explique: _____
 A sido alguna vez hospitalizado u operado? **S N** Si marco SI explique: _____
 A tenido algun trauma en la cabeza u cuello? **S N** Si marco SI explique: _____
 Esta tomando algun medicamento u drogas? **S N** Si marco SI explique: _____
 Usted toma u a tomado, Phen-Fen o Redux? **S N**
 A tomado el medicamento: Fosamax, Boniva, o Actonel **S N**
 Esta usted el alguna dieta especial? **S N**
 Usa tabaco? **S N**
 Usa sustancias controladas? **S N**

Solo para Mujeres:

Esta usted embarazada **S N** Tomando anticonceptivos **S N** Lactando **S N**

Es alergico a los siguientes medicamentos: Marque en forma de X los que apliquen a usted.

Aspirina **O** Penicilina **O** Codina **O** Anestesia Local **O** Acrylicio **O** Metal **O** Latex **O** Drogas Sulfas **O**
 Alguna otra, porfavor explique: _____

Usted tiene u a tenido cualquier de las siguientes condiciones?

SIDA/HIV Positivo	S N	Medicina de cortizona	S N	Hemofilia	S N	Tratamiento de radiacion	S N
Alzheimer	S N	Diabetis	S N	Hepatitis A	S N	Perdida de peso	S N
Anafilaxia	S N	Addiccion de drogas	S N	Hepatitis B,C	S N	Dialisis Renales	S N
Anemia	S N	Falta de aire	S N	Herpes	S N	Fiebre reumatica	S N
Anginas (de pecho)	S N	Emfisema	S N	Alta Presion	S N	Reumatismo	S N
Artritis/Reumas	S N	Epilepsia	S N	Colesterol Alto	S N	Fiebre Escarlantina	S N
Valvula artificial del corazon	S N	Sangrado Excesivo	S N	Urticaria/Salpudillo	S N	Varicela	S N
Conjonturas Artificiales	S N	Sed Excesiva	S N	Hipoglucemia	S N	Anemia de celulas falciformes	S N
Asma	S N	Desmayos/Mareos	S N	Sinusitis	S N	Latido Irregular del corazon	S N
Enfermedades de la sangre	S N	Tos Cronica	S N	Espina bifida	S N	Enfermedades renales	S N
Transfusiones de sangre	S N	Diarrea Frecuente	S N	Leucemia	S N	Problemas estomacales	S N
Problemas respiratorios	S N	Dolores de cabeza	S N	Infarto	S N	Enfermedades del Rinon	S N
Se moretea Facilmente	S N	Herpes Genitales	S N	Baja Presion	S N	Hinchazon de extremidades	S N
Cancer	S N	Glaucoma	S N	Amigdalitis	S N	Enfermedad del tiroides	S N
Quimoterapia	S N	Fiebre del heno	S N	Paro cardiaco	S N	Enfermedad Pulmunar	S N
Dolores del pecho	S N	Enfermedad Valvula mitral	S N	Osteoporosis	S N	Tuberculosis	S N
Ampollas de fiebre	S N	Soplo en el corazon	S N	Dolor de la quijada	S N	Tumores	S N
Enfermedad congenital	S N	Marcapasos	S N	Ulceras	S N	Enfermedad Paratiroide	S N
Convulsiones	S N	Enfermedades del corazon	S N	Nlctericia Amarilla	S N	Tratamiento Siquiatrico	S N

A tenido alguna otra enfermedad que no este en esta lista? **S N**

Comments: _____

Al mejor de mi conocimiento, las preguntas en este formulario fueron correctamente contestadas. Entiendo que cualquier pregunta contestada erroneamente puede ser peligroso para mi (u el paciente) salud. Es mi responsabilidad de dejarle saber a la oficina de Galt Healthy Smile de cualquier cambio en mi salud.

Firma del Paciente/Padre u Guardian _____ Fecha: _____

