FECHA DE NUMERO DEL

**INFORMACION DEL PACIENTE**

 NOMBRE NACIMIENTO DTELEFONO D

 DIRECCION CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL D

 PERSONA DE CONTACTAR EN CASO DE UNA EMERGENCIA D

 A QUIEN LE PODEMOS AGRADECER POR REFERIRLO(A) TELEFONO D

 **Si el paciente es menos de 18 años:** RELACION AL

 PERSONA RESPONSABLE POR ESTA CUENTA PACIENTE D

**HISTORIA MEDICO DEL PACIENTE**

Aunque el personal dental trata el área dentro y alrededor de su boca, su boca es un parte del cuerpo entero. Problemas de salud que usted puede tener, o medicación que usted puede estar tomando, podrían tener una interrelación importante con el tratamiento dental que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

  **SI NO**

1. ESTA EN BIEN SALUD…………………………………...
2. HA CAMBIADOS EN SU SALUD GENERAL........
3. NOMBRE DE SU DOCTOR MEDICO

 D

1. HA SIDO ALGUNA OPERACION O UN

REEMPLAZO DE LA ARTICULACION………………

 LISTE POR FAVOR D

1. SE LE HACEN MORETONES FACILMENTE………
2. HA NECESITADO UNA TRANSFUSION DE

SANGRE……………………………………………………….

1. TIENE UNA TOS PERSISTENTE O ACLARARSE

LA GARGANTA QUE NO ESTE ASOCIADO CON

UNA ENFERMEDAD (QUE HA DURADO MÁS

QUE 3 SEMANAS)…………………………..………**…….**

1. UTILIZA O HA USADO SUSTANCIAS CONTROLADAS…………………………………………….

**USTED TIENE ALGUNA HISTORIA DE, O CONDICIONES EN RELACION A CUALQUIERA A LOS SIGUIENTES:**

 **SI**   **NO**

1. USA TOBACO……………………………….………………..
2. TIENE ALGUNA ENFERMEDAD, INFECCION,O

PROBLEMA QUE NO HA MENCIONADO QUE

DEBO SABER D

1. POR FAVOR LISTE ALGUN MEDICACIONES Y

AQUELLOS QUE NO SON PRESCRIPCION QUE ESTAS

TOMANDO D

 D

 D

**SOLO PARA MUJERES**

ESTA EMBARAZADA O CREE QUE PUEDE ESTAR

EMBARAZADA…………………………………………………….

ESTA AMAMANTANDO….……………………................

ESTA TOMANDO PASTILLAS ANTICONSEPTIVAS….

Problemas con el Corazón………….………. Problemas a Respirar/Pulmones… Quimioterapia(Cáncer/Tumores)…

Cirugía del Corazón…………………………….. Asma………………………………………….. Dependencia Química………………...

 Marcapasos……………………………………….. Problemas De Seno…..……………….. Anemia (deficiencia de hierro)…....

 Golpe…………………………………………………. Riñones..……………………………………. Herpes Labiales/Ampollas….………..

 Hipotensión/Hipertensión………………….. Diabetes…………………………………….. Amigdalitis…………………………..………

 Sangre………………………………................... Reflujo Acido…………………………….. Cuidado de salud mental……………..

 Tiroides…………………………….................... Epilepsia/Asimientos.………………… Trastorno Alimenticio...……………….

 Hígado/Hepatitis/Ictericia.….................. Tuberculosis………………………………. Ronquidos…………………………………..

 Sida o Infección de VIH…………............... Sangría Anormal….………………….…. Deja de respirar mientras la noche

 Enfermedad Transmitida Sexualmente.. Artritis/Reumatismo………………….. Cortisona tratamiento………………...

**USTED TIENE ALERGIAS A, O HA TENIDO UNA REACCION/PROBLEMA CON LOS SIGUIENTES:**

Anestésicos Locales (novocaína)…………. Aspirina……………………………………. Otro (Liste Por Favor):

Penicilina o Otros Antibióticos…….……… Yodo………………………………………….

Sulfonamidas………………………………………. Metales(como níquel, mercurio).

Barbitúricos…………………………................. Látex/Goma………………………………

Sedantes/Pastillas para dormir……………. Estacional………………………………….

**REGISTRACION / HISTORIA DE SALUD**