

Historia Médica

Nombre del paciente	No. de segura social
Fecha de nacimiento	Dirección de su casa
Las respuestas a las siguientes preguntas son para ayudar al dentista a entender como Esta su salud para poder ayudarle con su trabajo dental. Por favor lea las preguntas con cuidado y conteste lo mas que pueda. Si tiene alguna pregunta estamos aqui para ayudarles	
1. Está en buena salud?	2. Cuando fué la ltima vez que túvo un examen médico?

3. Por favor marque si ha notado, tiene o ha tenido:

- | | | | |
|------------------------|---------------------|----------------------|--------------------------|
| Enfermedes del corazon | Artritis | Problemas del higado | Enfermedad Venereas |
| Los tobillos hinchados | Asma | Glaucoma | Addiccion a Drogas |
| Dolor en el pecho | Mareos | Hepatitis | Tratamiento Psiquiátrico |
| Presión alta | Tuberculosis | Sinusitis | Cáncer |
| Falta de aliento | Diabetis | Herpes | Quimioterapia |
| Fiebre Reumática | Ulceras | HIV, SIDA | Hospitaliziones |
| Anemia | Problemas del riñon | Alergia a LATEX | Reciente pérdida de peso |

4. Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? Para qué? SÍ NO

5. Está tomando algúnos medicamentos? SÍ NO

6. Es alergico a algúnas medicinas o materiales? SÍ NO

7. Ha tenido alguna reacción a anestesia? SÍ NO

8. Ha tenido algún problema despues de tener trabajo dental? SÍ NO

9. Tiene algún problema condición que no está en la lista de arriba? SÍ NO

10. Le han dicho que no puede donar sangre? SÍ NO

11. Fuma o usa algun tipo de tabaco? SÍ NO

12. MUJERES: Esta o podría embarazada? En cual trimestre? SÍ NO

Comentarios del paciente

FIRMA DEL PACIENTE (o padre/madre) X _____ Fecha _____

Dentist's Comments

BLOOD PRESSURE	DATE	BLOOD PRESSURE	DATE	BLOOD PRESSURE	DATE	BLOOD PRESSURE	DATE		
DENTIST'S SIGNATURE			DATE	REVIEWER	DATE	REVIEWER	DATE	REVIEWER	DATE