

HISTORIA CLÍNICA

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

¿Está bajo el cuidado de un médico ahora? Si No -En caso afirmativo, explique: _____

¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una operación importante? Si No -En caso afirmativo, explique: _____

¿Está tomando algún medicamento, pastilla o droga? Si No -En caso afirmativo, explique: _____

¿Tomas, o has tomado, Phen-Fen o Redux? Si No

¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o cualquier otro medio que contenga bifosfonatos?

¿Estás en una dieta especial? Si No -En caso afirmativo, explique: _____

¿Consumes tabaco? Si No -En caso afirmativo, explique: _____

¿Usas sustancias controladas? Si No -En caso afirmativo, explique: _____

Mujeres: ¿Eres embarazada / Tratando de quedar embarazada? Si No

¿Amamantando a un bebe? Si No

¿Toma anticonceptivos orales? Si No

¿Es alérgico a alguno de los siguientes?

Aspirina	Si	No	Penicilina	Si	No	Codeína	Si	No	Acrílico	Si	No
Metal	Si	No	Látex	Si	No	Sulfa	Si	No	Anestésicos locales	Si	No

¿Tiene alguno de los siguientes:

SIDA/VIH	Si	No	Medicina de cortisona	Si	No	Hemofilia	Si	No	Tratamientos de radiación	Si	No
Alzheimer	Si	No	Diabetes	Si	No	Hepatitis A	Si	No	Pérdida de peso reciente	Si	No
Anafilaxis	Si	No	Toxicomanía	Si	No	Hepatitis B o C	Si	No	Diálisis renal	Si	No
Anemia	Si	No	Fácil de enrollar	Si	No	Herpes	Si	No	Fiebre reumática	Si	No
Angina	Si	No	Enfisema	Si	No	Presión arterial alta	Si	No	Reumatismo	Si	No
Artritis/gota	Si	No	Epilepsia o convulsiones	Si	No	Colesterol alto	Si	No	Escarlatina	Si	No

HISTORIA CLÍNICA

Válvula cardíaca artificial	Si	No	Sangrado excesivo	Si	No	Urticaria o sarpullido	Si	No	Herpes zóster	Si	No
Articulación artificial	Si	No	Sed excesiva	Si	No	Hipoglucemia	Si	No	Enfermedad de células falciformes	Si	No
Asma	Si	No	Desmayos o mareos	Si	No	Arritmia	Si	No	Problemas de sinusitis	Si	No
Enfermedad de la sangre	Si	No	Tos frecuente	Si	No	Problemas renales	Si	No	Espina bífida	Si	No
Transfusión de sangre	Si	No	Diarrea frecuente	Si	No	Leucemia	Si	No	Enfermedad estomacal o intestinal	Si	No
Problemas respiratorios	Si	No	Dolores de cabeza frecuentes	Si	No	Enfermedad hepática	Si	No	Golpe	Si	No
Hematomas fácilmente	Si	No	Genital Herpes	Si	No	Presión arterial baja	Si	No	Hinchazón de las extremidades	Si	No
Cáncer	Si	No	Glaucoma	Si	No	Enfermedad pulmonar	Si	No	Enfermedad de la tiroides	Si	No
Quimioterapia	Si	No	Fiebre del heno	Si	No	Prolapso de la válvula mitral	Si	No	Amigdalitis	Si	No
Dolores en el pecho	Si	No	Ataque o insuficiencia cardíaca	Si	No	Osteoporosis	Si	No	Tuberculosis	Si	No
Herpes labial o ampolla febril	Si	No	Soplo cardíaco	Si	No	Dolor en la articulación de la mandíbula	Si	No	Tumores o crecimientos	Si	No
Cardiopatía congénita	Si	No	Marcapasos cardíaco	Si	No	Enfermedad paratiroidea	Si	No	Úlceras	Si	No
Convulsiones	Si	No	Enfermedad cardíaca	Si	No	Atención psiquiátrica	Si	No	Enfermedad venérea	Si	No
Ictericia	Si	No		Si	No		Si	No		Si	No

¿Alguna vez ha tenido otras enfermedades no mencionadas anteriormente? Sí No

En caso afirmativo, explique:

Michael S. Page, DDS



Andrew T. Crist, DDS

HISTORIA CLÍNICA

Comentarios:

Hasta donde yo sé, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor: _____ Fecha: _____