

Crossroads Dental Group
HISTORIAL MEDICO

NOMBRE DE PACIENTE _____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____

Aunque el personal dental principalmente trata la zona dentro o alrededor de su boca, su boca es parte de su cuerpo entero. Problemas de salud que tenga o pueda tener, o medicamento que pueda estar tomando, puede tener una importante intercalación con la odontología que usted recibirá. Gracias por responder a las siguientes preguntas.

Esta bajo el cuidado de un medico? Si No si es así por favor explique _____

Alguna vez ha sido hospitalizado(a) o ha tenido una importante operación ¿ Si No si es así por favor explique _____

Ha tenido una lesión grave en la cabeza o en el cuello? Si No si es así por favor explique _____

Esta tomando algún medicamento, pastillas, o drogas? Si No si es así por favor explique _____

Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux? Si No si es así por favor explique _____

Alguna vez a tomado Fosamx, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento Si No

que contenga bifosfonatos? Si No

Esta usted en una dieta especial? Si No

Usa Tabaco? Si No

Usted usa sustancias controladas? Si No

Mujeres: Esta usted:
Embarazada Si No **Toma anticonceptivos orales** Si No **Esta amamantando** Si No

Es usted alérgico(a) a cualquiera de los siguientes?

Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metálico Látex Anestésicos Locales Sulfamida

O Otros: Si es así por favor explique

Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

Sida/HIV Positivo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Cortina	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hemofilia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tratamiento Con Radiación	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Enfermedad de Alzhemers	<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	Perdida de peso reciente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Anafilaxia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Drogadicción	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hepatitis B/C	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Diálisis Renal	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Anemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Fácilmente Pierde el aliento	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Herpes	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Fiebre Reumática	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Angina	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enésima	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Presión Arterial Alta	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Reumatismo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Artritis/Gota	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Epilepsia/Convulsiones	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Colesterol Alto	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Escarlatina	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Válvula de Corazón artificial	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Sangrado Excesivo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ronchas O Erupción Cutánea	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tejas	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Articulación Artificial	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Sed Excesiva	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hipoglucemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad de Células Falciformes	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Asma	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Desmayos/Vértigo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Latido Irregular del Corazón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Sinusitis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Enfermedad arterial	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tos Frecuente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Problemas de los Riñones	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Spina Bífida	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Transfusión de Sangre	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Diarrea Frecuente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Leucemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad Estomacal/Intestinal	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Problemas respiratorio	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Dolores De Cabeza Fuerte	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedades del Hígado	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Accidente Cerebrovascular	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Cáncer	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Glaucoma	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Presión Arterial Bajas	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hinchazón de las Extremidades	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Moretones con Facilidad	<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	Enfermedad de Tiroides	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Quimioterapia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Fiebre del Heno	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Prolapso de la Válvula Mitral	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tuberculosis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Dolores en el Pecho	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ataque/Falla del Corazón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Osteoporosis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tumores o Crecimientos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Herpes/Ampollas Labial	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Soplo Cardíaco	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Dolor en la articulación de la quijada	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ulceras	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Cardiópata congénita	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Marcapasos en el Corazón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad Paratiroides	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedades Venéreas	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Convulsiones	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Problemas/Enfermedad del Corazón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Cuidado Psychiatric	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ictericia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

Alguna vez ha tenido alguna enfermedad grave no mencionados anteriormente?
Comentarios:

A lo mejor de mi conocimiento, las preguntas e este formulario han sido respondidas con precisión. Yo entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Es mi responsabilidad al informar la oficina dental de cambios en mi estado medico.

Firma De Paciente, Padres, Tutor _____ **Fecha:** _____