

Historia Médica/Dental

Salud General: Excelente Buena Justa No tan Buena

Nombre de su Médico : _____ Fecha del ultimo físico: _____

Numero de Telefono de su Medico: _____

¿Está tomando algún medicamento ahora? Si No

Si su respuesta es Si. Nombre del Medicamento/Proposito: _____

¿Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre ? Si No Fecha Aproximada: _____

Favor de indicar si tiene alguno de los siguientes problemas medicos:

Sida	Tratamientos de Cortisona	VIH Positivo	Fiebre Reumatismo
Anemia	Toser Sangre	Dolor de Quijada	Fiebre escarlantina
Artritis/Reumatismo	Diabetes	Enfermedad del riñón	Deficiencia Respiratoria
Válvula de corazón artificial	Epilepsia	Enfermedad del Hígado	Erupciones en la Piel
Articulaciones Artificiales	Desmayos	Problemas Nerviosos	Derrame Cerebral
Asma	Glaucoma	Osteoporosis	Hinchazón de los pies
Problemas de la Espalda	Dolores de Cabeza	Marcapasos	Problemas de la Tiroide
Enfermedad de la Sangre	Murmullo del corazon	Tos Persistente	Habito de Tabacco
Cancer	Problemas del Corazón	Cuidado Psiquiátrico	Amigdalitis
Dependencia Química	Hemofilia	Tratamientos de Radiacion	Tuberculosis
Quimioterapia/ Radiación	Hepatitis (Circle A,B,C)	Enfermedad de la Respiracion	úlceras
Problemas Circulatorios	Alta Presión Sanguínea	Prolapso de la válvula mitral	Enfermedad Venérea

Explicaciones: _____

¿Alguna vez ha tomado Bifosfonatos (Vía intravenosa o pastillas) como Fosamax o Boniva ? Si No

Mujeres:

¿Esta embarazada? Si No

¿Esta tomando anticonceptivos? Si No

*NOTA: Tomar antibióticos puede interferir con la efectividad de los anticonceptivos.

Alergias:

Penicilina Codeína Látex Anestésicos locales inyectados

Otras alergias a medicamentos: _____

Historia Dental:

Por favor, marque si ha tenido problemas con alguna de las siguientes:

Mal aliento	Triturar / Con los dientes apretados	Sensibilidad a lo caliente
Sangrado de las Encías	Rellenos sueltos o Quebrados	Sensibilidad a lo dulce
Tronada de la Mandíbula	Periodontitis	Sensibilidad Al masticar
Recolección de alimentos entre los dientes	Llagas en la boca	Sensibilidad a lo frio

¿Está satisfecho con la apariencia de sus dientes ? Si No

¿Le sangran las encías al cepillarse los dientes ? Si No

¿Tiene un olor o sabor desagradable en la boca? Si No