

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____m/____d/____año

Domicilio: _____ No de tel: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ # Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Contacto de Emergencia: _____ No de tel: _____

Médico Familiar: _____ No de tel: _____

Algunas condiciones médicas afectan su salud dental o el tratamiento dental. Ayúdenos a ayudarlo.

1) ¿Ha padecido una enfermedad grave? No () Sí () explique con detalle:

2) ¿Ha sido hospitalizado en los últimos 2 años? No () Sí ()

razón: _____

3) ¿Está tomando algún medicamento actualmente? No () Sí () mencione lista de medicamentos

4) ¿Toma alguno de éstos medicamentos diariamente? Aspirina () Warfarina () Heparina () Terapia Hormonal () Anticonceptivos Orales () Ninguno ()

5) ¿Tiene alguna alergia o sensibilidad a alguna sustancia?

A) Latex No () Sí ()

B) Reacción inusual a la anestesia No () Sí ()

explique _____

C) Reacción negativa a algún medicamento o droga No () Sí () mencione dicho medicamento _____

D) Alergias No () Sí ()

E) Especifique otras alergias o reacciones negativas _____

6) **Mujeres :** ¿Está usted embarazada? No () Sí () Posiblemente ()

7) **Por favor indique si padece alguna de las siguientes enfermedades o condiciones médicas:**

- | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|---|
| () Alzheimer | () Síndrome de Down | () Cirugía de articulación(rodilla/cadera) |
| () Angina | () Adicción a drogas/alcohol | () Enfermedad Renal (Riñones) |
| () Artritis | () Epilepsia | () Enfermedad Hepática(hígado) |
| () Asma | () Fibromyalgia | () Enfermedad Pulmonar, Enfisema |
| () Autismo | () Soplo cardíaco (MVP) | () Osteoporosis |
| () Hipertensión (presión alta) | () Marcapasos | () Desorden Psiquiátrico |
| () Hipotensión (presión baja) | () Cirugía Cardíaca | () Fiebre Reumática |
| () Cáncer | () Hemofilia | () Embolia |
| () Colesterol | () Hepatitis | () Problemas Sinusales(Senos Paranasales) |
| () Diabetes | () SIDA/HIV | () Enfermedad de Tiroides |

8) Por favor especifique cualquier otra condición de salud que no esté incluida en la lista anterior:

9) ¿Usted fuma? No () Sí () cantidad por día _____ número de años _____ ex-fumador No () Sí ()

10) Certifico que la anterior información es correcta y completa _____ Firma del Paciente/Guardián

Revisado por: _____ DDS _____ Fecha