

Nombre del paciente: _____ Núm. paciente: _____ Fecha: _____
 Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Por favor responda a cada pregunta marcando la celda apropiada o poniendo un círculo en Sí o No.

1. ¿Goza de buena salud? Sí No
2. Fecha de su último examen médico: _____
3. ¿Lo está atendiendo un médico actualmente? Sí No
 Si es así, ¿cuál es la enfermedad o condición que está siendo tratada? _____
 Nombre del médico: _____ Teléfono: _____
4. ¿Ha tenido una enfermedad grave, lo han operado o ha estado hospitalizado? Sí No
 Por favor explique: _____
5. ¿Está usted tomando algún medicamento? Sí No
 Si es así, ¿qué está tomando? _____ ¿Qué dosis? _____
6. ¿Usa usted actualmente drogas recreativas (p.ej. marihuana, cocaína) o sustancias controladas? Sí No
 Si es así, ¿qué está tomando? _____
7. ¿Le han dado alguna vez antibióticos como medida preventiva antes de recibir tratamiento dental? Sí No
8. ¿Tiene usted sensibilidad o alergias a algunos medicamentos o materiales? Penicilina Tetraciclina Eritromicina
 Aspirina Codeína Látex Otro Si marcó Otro, por favor indique cuál: _____ ... Sí No
9. ¿Tiene o ha tenido algunos de los siguientes?: Por favor marque "S" para Sí o "N" para No - responda a todas las enfermedades:

| | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N SIDA | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Medicamentos con cortisona | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Hemofilia | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enfermedades respiratorias |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Alergias o urticaria | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Diabetes | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Hepatitis o ictericia | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Alergias a metales | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Dificultad al tragar | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Herpes | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Anemia | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Farmacodependencia | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Alta presión arterial | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Anemia de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Angina de pecho | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enfisema | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N VIH Positivo | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Problemas de los senos paranasales |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Artritis | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Reemplazo de una articulación | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Úlceras estomacales |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Válvula cardiaca artificial | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enfermedades renales | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Embolia |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Asma | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Desmayos o convulsiones | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enfermedades hepáticas | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Disfunción de la articulación temporomandibular |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enfermedades de la sangre | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Glaucoma | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Trastornos mentales | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enfermedades de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Transfusiones de sangre | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Fiebre del heno | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Forma moretones con facilidad | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Lesiones en la cabeza | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Trastornos nerviosos | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Quimioterapia | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Problemas del corazón o ataque cardiaco | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Dolor en las articulaciones de la mandíbula | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Tumores o masas |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Úlceras en la boca | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Insuficiencia cardiaca | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Tratamiento psiquiátrico | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enfermedades venéreas |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Lesiones del corazón congénitas | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Soplo cardiaco | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Tratamiento por radiación | |
10. ¿Es portador de un marcapasos cardiaco o ha tenido cirugía del corazón? Si es así, por favor explique: _____ ... Sí No
11. ¿Fuma, masca o usa otros tipos de tabaco? Cigarrillos Habanos Masca Rapé Otro Sí No
 Si es así ¿Cuánto? _____
12. ¿Consuma bebidas alcohólicas? Si es así ¿Cuánto? Sí No
13. ¿Alguna vez ha tomado el medicamento "Fen-Phen" o "Redux"? Sí No
14. ¿Está usted embarazada? Si es así ¿Cuántos meses lleva? N/D Sí No
15. ¿Tiene problemas relacionados con su menstruación? N/D Sí No
16. ¿Toma píldoras anticonceptivas? N/D Sí No
17. ¿Hay algo más sobre su salud que no hayamos mencionado arriba? Sí No
 Por favor explique: _____

1º DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONÉ ARRIBA ES CORRECTA Y COMPLETA.
 Fecha: _____ Firma: _____
 (Si el paciente es menor de edad, incluya el nombre en letras de molde y la firma del padre o tutor legal)

| | |
|--|--|
| <p>2º ACTUALIZACIÓN - A partir de su última cita</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Ha visto a un médico? Sí No 2. ¿Ha cambiado alguno de sus medicamentos? Sí No 3. ¿Ha habido un cambio en cuanto a sus padecimientos? Sí No o ha tenido cirugía?..... Sí No Si es así, por favor explique: _____ | <p>3º ACTUALIZACIÓN - A partir de su última cita</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Ha visto a un médico? Sí No 2. ¿Ha cambiado alguno de sus medicamentos?..... Sí No 3. ¿Ha habido un cambio en cuanto a sus padecimientos? Sí No o ha tenido cirugía? Sí No Si es así, por favor explique: _____ |
|--|--|

Fecha: _____ Firma: _____

RESERVADO AL USO DE OFICINA

| | DATE | BP | PULSE | REVIEWED BY | DENTIST'S COMMENTS |
|-----------------------|---------------|---------------|---------------|-------------|--------------------|
| 1st | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ | _____ |
| 2nd | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ | _____ |
| 3rd | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ | _____ | _____ |