

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)

**2º ACTUALIZACIÓN - A partir de su última cita**  
 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: \_\_\_\_\_

**3º ACTUALIZACIÓN - A partir de su última cita**  
 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
<b>1<sup>st</sup></b>	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____	_____
<b>2<sup>nd</sup></b>	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____	_____
<b>3<sup>rd</sup></b>	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____	_____