

HISTORIAL MÉDICO-DENTAL

Nombre: _____

¿Cómo deberíamos llamarle (nombre)? _____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Ciudad: _____ Código Zip: _____

Edad: _____

Telf. Hogar: _____

Ocupación: _____

Telf. Celular: _____

Empleador: _____

Telf. Trabajo: _____

Email: _____

Referido por: _____

Número de Seguridad Social: _____

Nombre del Dentista: _____

Aficiones: _____

Nombre del Médico de Familia: _____

Seguro Dental: Sí No

Nombre del Cardiólogo: _____

Contacto de Emergencia: _____

¿Dónde ha oído hablar de nosotros? Por favor marque lo que corresponda:

Televisión Amigo/a Internet Letrero Radio Periódico

Otro Dentista: _____

1. ¿Se encuentra actualmente bajo el cuidado de un doctor? Sí No

2. Escriba las fechas y las razones de sus hospitalizaciones _____

3. Enumere las alergias a medicamentos _____

¿Alguna vez ha recibido tratamiento para de las siguientes enfermedades?:

4. ¿Fiebre reumática, enfermedad cardíaca reumática o congénita, soplo cardíaco? En caso afirmativo, especifique. _____

5. ¿Problemas del corazón, infarto de miocardio, angina de pecho, cirugía de corazón, marcapasos o latidos irregulares? En caso afirmativo, especifique. _____

¿Alguna vez ha estado o está actualmente recibiendo tratamiento para las siguientes enfermedades?:

6. Sangrado excesivo: Sí No Escriba los medicamentos: _____

7. Problemas respiratorios, asma, tuberculosis, fiebre del heno: Sí No Escriba los medicamentos: _____

8. Cáncer, tratamiento de rayos x o quimioterapia: Sí No Escriba los medicamentos: _____

9. Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática: Sí No Escriba los medicamentos: _____

10. Problemas de riñón o diálisis renal: Sí No Escriba los medicamentos: _____

11. Enfermedades venéreas, ETS o SIDA: Sí No Escriba los medicamentos: _____

12. Apoplejía, convulsiones o desmayos: Sí No Escriba los medicamentos: _____

13. Tumores o crecimientos: Sí No Escriba los medicamentos: _____

14. Artritis o reumatismo: Sí No Escriba los medicamentos: _____

15. Colesterol alto: Sí No Escriba los medicamentos: _____

16. Presión sanguínea alta: Sí No Escriba los medicamentos: _____

17. Diabetes: Sí No Escriba los medicamentos: _____

En caso afirmativo: Tipo 1 Tipo 2; ¿Cuándo fue su última prueba Hba1c?: _____ ¿Con qué frecuencia se hace pruebas? _____

¿Toma alguno de los siguientes medicamentos?:

18. Medicamentos para el dolor: Sí No Escriba los medicamentos: _____

19. Medicamentos para la ansiedad o que alteran la mente: Sí No Escriba los medicamentos: _____

20. Medicamentos para dormir: Sí No Escriba los medicamentos: _____

