誠Zen
DENTAL GROUP

Nombre:	Fecha de nacimiento:

HISTORIA MEDICA

Si No

□ □ ¿Esta bajo cuidado medico?

Nombre del medico

Teléfono del medico

Haga una lista de todas las hospitalizaciones y visitas a la sala de emergencia.

□ □¿Esta bajo medicamento (incluyendo vitaminas or suplementos herbarios)? Por favor lista:

□ □ ¿Esta bajo medicamentos para trartar la osteoporosis como Fosamax, Actonel, Aredia, Boniva or Zometa ?

□ □ ¿Alguna vez ha tomado Phen-Fen/Redux/Pondimin?

¿Usted ha tenido las siguientes enfermedades o problemas médicos?

□ □ Abuso de alcohl/drogas
□ □ Anemia
□ □ Artritis
□ □ Coyunturas/válvulas artificiales
□ □ Asma
□ □ Problemas de Sangrado
□ □ Transfusión de Sangre
□ □ Cáncer/Quimioterapia
□ □ Defecto congénito del corazón
□ □ Diabetes
□ □ Problemas respiratorios
□ □ Enfisema
□ □ Epilepsia/ Ataques
□ □ Desmayos/ mareos
□ □ Dolor de cabeza/migrañas
□ □ Ataque de corazón/ Embolia
□ □ Soplo cardiaco

Si No

□ □ Cirugía del corazón
□ □ Hepatitis
□ □ Herpes/ ampollas
□ □ Alta presión
□ □ HIV+ o SIDA
□ □ Problemas del riñón
□ □ Enfermedad del higado
□ □ Prolapso del válvula mitral
□ □ Marcapasos
□ □ Implante/ válvulas
□ □ Problemas psiquiátricos
□ □ Tratamiento de radioterapia
□ □ Fiebre Reumática
□ □ Sinusitis
□ □ Fuma usted o usa tabaco
□ □ Enfermedad de la tiroides
□ □ Tuberculosis
□ □ Ulcera

Por favor indique cualquier otra condición medica que no esta nombrada en la lista:

Es **alérgico(a)** a lo siguiente:

□ □ Aspirina
□ □ Codeína
□ □ Anestésicos dentales
□ □ Erythromycin
□ □ Látex
□ □ Metales
□ □ Penicilina
□ □ Sulfa
□ □ Tetracycline

Por favor de indicar cualquier otro medicamento/ materials que le produzcan alergias:

PARA MUJERES:

□ □ ¿Esta tomando píldoras anticonceptivas?
□ □ ¿Esta embarazada? Si es asi, indique la fecha prevista de nacimiento: _____
□ □ ¿Esta dando pecho?

HISTORIA DENTAL

Razón por la que ha venido:

Fecha de la última visita al dentista.

Si No

□ □ ¿Actualmente tiene dolor?
□ □ ¿Requiere antibióticos antes de su tratamiento dental?
□ □ ¿Alguna vez ha tenido dificultades o serios problema asociados con un procedimiento dental?

¿Ha sido atendido por el siguiente problema dental?

□ □ Sangrado de ensilla
□ □ Mandíbula chasqueante o que produce ruidos
□ □ Dolor crónico en la cara
□ □ Apretar/rechinar los dientes
□ □ Tratamiento o cirugia de las encías
□ □ Dientes flojos
□ □ Dolor al masticar
□ □ dolor o sensibilidad en los dientes
□ □ ¿Le gustaria tener dientes más blancos?
□ □ Esta contento con su sonrisa?

Yo certifico que he leído y entiendo lo que se ha contestado. Yo reconozco que mis preguntas, si hay del cuestionario de salud, se han completado con lo mejor de mi entendimiento. Yo no hare responsable a mi dentista, o cualquier otro personal de el/ella responsable o errores o omisiones que yo he hecho en completar esta forma.

Firma del paciente (guardián) Fecha

Firma del doctor Fecha