

Número De Paciente

bienvenido

Nombre y Apellido del Paciente

Apellido

Nombre

Inicial

Fecha de Nacimiento

MARQUE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA CORRECTA.

SI NO LA SABE, ESCRIBA "NO SÉ", EN LA LINEA QUE LE SIGUE A LA PREGUNTA.

1. Nombre del médico _____
Dirección _____
Teléfono _____
2. ¿Está usted bajo cuidado médico? SI NO
¿Desde cuándo? ¿Por qué?
3. ¿Cuándo fue su último examen físico completo?
4. ¿Está usted tomando medicinas o sustancias? SI NO
(En caso afirmativo, por favor anótelas en la sección de comentarios o en el dorso de este formulario.)
5. ¿Consuma algún producto relacionado con la salud regularmente, como vitaminas, suplementos herbales, productos naturales? SI NO
6. ¿Es usted alérgico a alguna medicina o sustancia? Por favor, anótelas. SI NO
7. ¿Tiene alguna otra alergia o urticaria? SI NO
8. ¿Tiene usted problemas con la penicilina, los antibióticos, la anestesia o con algún otro medicamento? SI NO
9. ¿Es usted sensible a los metales o al látex? SI NO
10. ¿Está embarazada o sospecha que lo puede estar? SI NO
11. ¿Utiliza algún anticonceptivo oral? SI NO
12. ¿Ha sido usted tratado por enfermedades cardíacas o se le ha dicho que podría padecerlas? SI NO
13. ¿Tiene un marcapasos, un implante de válvula cardíaca artificial o le diagnosticaron prolapso de la válvula mitral? SI NO
14. ¿Ha tenido alguna vez fiebre reumática? SI NO
15. ¿Tiene usted un soplo cardíaco? SI NO
16. ¿Tiene presión arterial alta o baja? Por favor, indíquelo. SI NO
17. ¿Ha tenido usted alguna enfermedad u operación grave? SI NO
En caso afirmativo, explíquese
18. ¿Ha tenido usted tratamiento con radiación o quimioterapia para combatir un tumor, una neoplasia u otra condición? SI NO
19. ¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Zometa, Aredia o algún otro tratamiento oral o intravenoso para tumores óseos, exceso de calcio en sangre u osteoporosis? SI NO
20. ¿Padece usted de enfermedades inflamatorias, como artritis o reumatismo? SI NO
21. ¿Tiene usted articulaciones artificiales? ¿Usa prótesis? SI NO
22. ¿Tiene usted alteraciones de la sangre, como anemia, leucemia, etc.? SI NO
23. ¿Ha sangrado alguna vez excesivamente después de cortarse o lastimarse? SI NO
24. ¿Tiene algún problema estomacal? SI NO
25. ¿Tiene problemas renales? SI NO
26. ¿Tiene problemas hepáticos? SI NO
27. ¿Es diabético? SI NO
28. ¿Ha tenido desmayos ó mareos? SI NO
29. ¿Padece de asma? SI NO
30. ¿Tiene epilepsia o trastornos convulsivos? SI NO
31. ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad venérea o de transmisión sexual? SI NO
32. ¿Se le ha diagnosticado como HIV positivo? SI NO
33. ¿Tiene usted SIDA? SI NO
34. ¿Ha tenido hepatitis o un resultado positivo de control de hepatitis? SI NO
35. ¿Tiene o ha tenido tuberculosis? SI NO
36. ¿Fuma o mastica tabaco? ¿Usa rapé o consume alguna otra variedad del tabaco? SI NO
37. ¿Consuma regularmente más de una o dos bebidas alcohólicas al día? SI NO
38. ¿Utiliza habitualmente sustancias controladas? SI NO
39. ¿Ha estado usted bajo tratamiento psiquiátrico? SI NO
40. ¿Usted ha tomado la droga recetada fenfluramine, o fepluramine combinada con phentermine (fen-phen), dexfenfluramine (redux), o cualquier otro producto para bajar de peso? SI NO
41. ¿Tiene usted alguna enfermedad, afección o problema que no se encuentre en este formulario? En caso afirmativo, explíquese.
42. ¿Hay algo que debemos saber sobre su salud y que no hemos preguntado en este formulario? SI NO
43. ¿Desea usted hablar en privado con el dentista acerca de algún problema? SI NO

COMENTARIOS

Certifico que la información anterior es completa y exacta.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA DEL DENTISTA

FECHA

ANESTESIA

ALERTA MEDICA