

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección de su médico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Dentista general: \_\_\_\_\_

Teléfono de su médico: \_\_\_\_\_

Fecha de su última revision medica: \_\_\_\_\_

|   |   |
|---|---|
| ¿Ha tenido enfermedad periodontal en el pasado? Sí No               | Le ha dicho un medico tomar antibióticos antes de tratamiento dental? Sí No |
| ¿Ha visitado el hospital en los 5 años pasados? Explique por favor: | ¿Está recibiendo tratamiento por un enfermedad? Explique por favor:         |

**¿Tiene o ha tenido...**

|                                |       |  |       |
|--------------------------------|-------|--|-------|
| Problemas o soplo del corazón? | Sí No | Drogas intravenosas por osteoporosis/osteopenia? | Sí No |
| Dolor del pecho?               | Sí No | Drogas orales osteoporosis/osteopenia?           | Sí No |
| Marcapasos?                    | Sí No | Diabetes?  | Sí No |
| Hipertensión?                  | Sí No | Problemas de tiroides o bocio?                   | Sí No |
| Colesterol alto?               | Sí No | Problemas de riñón o vejiga?                     | Sí No |
| Válvula de corazón artificial? | Sí No | Hepatitis, ictericia o enfermedad de hígado?     | Sí No |
| Ataque al corazón?             | Sí No | Úlceras de estomago?                             | Sí No |
| Infarto cerebral?              | Sí No | Desmayar/mareo?                                  | Sí No |
| Reemplazo de articulación?     | Sí No | Epilepsia o convulsiones?                        | Sí No |
| Artritis?                      | Sí No | Depresión o ansiedad?                            | Sí No |
| Trasplante or implante?        | Sí No | Problemas psicológicos?                          | Sí No |
| Tuberculosis?                  | Sí No | Adicción a las drogas?                           | Sí No |
| Falta de aliento?              | Sí No | Pérdida de memoria?                              | Sí No |
| Problemas de senos?            | Sí No | Cáncer o tratamiento de radiación?               | Sí No |
| Fiebre de heno o asma?         | Sí No | Cirugía/radiación de tumor/condición de la boca? | Sí No |
| Glaucoma?                      | Sí No | VIH/SIDA?  | Sí No |

¿Cuales drogas/medicamentos toma o ha tomado por el año pasado? Escriba los medicamentos y dosificaión por favor:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

|  |       |  |       |
|--|-------|--|-------|
| ¿Toma medicamentos de dolor con regularidad?           | Sí No | ¿Usa/fuma tabaco? En caso afirmativo, ¿cuanto? | Sí No |
| ¿Toma anticoagulantes?                                 | Sí No | ¿Usa drogas recreativas?                       | Sí No |
| ¿Ha tenido sangría atípico causado por cirugía dental? | Sí No | ¿Toma suplementos de hierbas/vitaminas?        | Sí No |

**Are you allergic to or have you reacted adversely to the following:**

|   |       |   |       |
|---|-------|---|-------|
| Anestesia local (novocaína)?  | Sí No | Codeína o otros narcoticos?               | Sí No |
| Aspirina o ibuprofeno?  | Sí No | Óxido nitroso?                            | Sí No |
| Barbitúricos, sedantes, o pastillas para dormir?  | Sí No | Látex?                                    | Sí No |
| Penicilina, tetraciclina, drogas sulfamidadas o otras antibióticos? Escribalos por favor: | Sí No | Otros medicamentos? Escribalos por favor: | Sí No |

¿Tiene un condición, problema, o enfermedad que no está listado? Sí No En caso afirmativo, explique por favor::

\_\_\_\_\_

Mujeres: ¿Está embarazada? Sí No ¿Toma anticonceptivas? Sí No

Sus comentarios o preocupaciones:

\_\_\_\_\_

Firma de paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_