



Dental- Historial Medico

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la persona que llena el formulario (si no es el paciente): _____ Relación: _____

Aunque usted va a recibir tratamiento dental, su boca es parte de su cuerpo. Los problemas de salud o los medicamentos que usted este tomando pueden intervenir con el servicio que usted reciba. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

¿Cuál es la razón principal de la visita de hoy? _____

Por favor circule la respuesta apropiada.

¿Es usted alérgico a algún medicamento o comida? SI NO Si lo es, favor de explicar: _____

¿Ha sido pre-medicado antes de algún procedimiento dental? SI NO Si lo es, favor de explicar: _____

¿Esta tomando algún medicamento? ¿Incluyendo medicamentos sin recetas, o medicamento a base de hierbas? SI NO Si lo es, favor de explicar: _____

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones médicas?

Déficit de atención con hiperactividad	SI	NO	Enfermedad del corazón	SI	NO
SIDA/VIH positivo	SI	NO	Soplo Cardiaco	SI	NO
Válvula cardiaca artificial	SI	NO	Marcapasos del corazón	SI	NO
Articulación artificial	SI	NO	Hepatitis	SI	NO
Trastorno de la coagulación	SI	NO	Hipertensión	SI	NO
Bulimia	SI	NO	Prolapso de la válvula mitral	SI	NO
Cáncer	SI	NO	Osteoporosis	SI	NO
Problemas de desarrollo	SI	NO	Embarazo	SI	NO
Diabetes	SI	NO	Uso de tabaco	SI	NO
Epilepsia o convulsiones	SI	NO	Tuberculosis	SI	NO

Para Mujeres:

¿Esta embarazada? SI NO Esta lactando? SI NO Esta tomando anticonceptivos orales? SI NO

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no esté mencionada en este formulario? SI NO Si ha tenido alguna enfermedad, por favor explique: _____

Comentarios: _____