

SÍ NO

- ¿A visto usted a un médico o a tenido un examen físico en los últimos 5 años?
Su Salud en General: Excelente Buena Regular Mala
- ¿Alguna vez le an dicho que se pre-medique con antibióticos debido a una condición médica que no sea por una infección antes de un tratamiento dental?
Si contesta sí, ¿Qué antibióticos usa? _____
- ¿Es Usted alérgico o a tenido reacciones adversas a Novocaína, Penicilina, Codeína u otro(s) medicamento(s)?
Si contesta sí, ¿Qué medicamento(s)? _____
- ¿Alguna vez a tomado alguna pastilla para adelgazar tal como Fen-Phen/Redux?
- ¿Tiene usted alguna sensibilidad a medicamento(s)?
- Si contesta sí, ¿Qué medicamento(s)? _____
- ¿A tenido una reacción desfavorable después de un tratamiento dental? _____
- _____
- ¿A sangrado excesivamente al punto que a requerido tratamiento especial? _____
- _____
- ¿Está tomando o está programado a empezar a tomar cualquiera de los medicamentos, alendronato (Fosamax®) o risdronate (Actonel®) para osteoporosis o la enfermedad Paget?
- Desde el 2001, ¿recibió tratamiento o está programado actualmente a comenzar tratamiento con bifosfonatos intravenosos (Aredia® o Zometa®) para dolor de huesos, hipercalcemia o complicaciones esqueléticas resultando por la enfermedad Paget, mieloma múltiple o cáncer metastásico? La fecha cuando comenzó el tratamiento: _____
- ¿Usa sustancias controladas (estupefacientes)?
- ¿Tiene usted alguna de las siguientes enfermedades o problemas?:
Tuberculosis Activa Tos insistente que le a durado más de tres semanas
Tos que produce sangre A estado expuesto a alguien con tuberculosis
- ¿Está embarazada? ¿, Si contesta sí, cual mes? _____

Favor de marcar si usted tiene alguna de las siguientes enfermedades o condiciones:

- Derrame Cerebral Problemas cardiacos Presión sanguínea alta Fiebre reumática
Soplo cardiaco Asma Tuberculosis Enfermedad Venérea Ictericia Problemas del Riñón
Diabetes Epilepsia Trastornos de nervios Herpes I o II SIDA Cáncer
Articulaciones artificiales Hepatitis Válvula cardíaca artificial (protésico)
Endocarditis previamente infecciosa Válvulas dañadas durante un trasplante de corazón VIH
Cardiopatía congénita (CHD) - Cianótico CHD, no reparado - Reparado (Completamente) en los últimos 6 meses- Reparó el CHD con defectos residuales
¿Algunas otras enfermedades serias? _____

Favor de escribir/incluir TODOS los medicamentos que está tomando: _____

Firma del Paciente/Tutor Legal

Fecha

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

B.P.: _____

Firma del Doctor

Fecha

Actualización del Historial de Salud: _____

Firma

Fecha