

Historia Médica

Por favor, rellene éste formulario completamente. Mientras mejor nos comuniquemos, mejor podemos cuidar de usted.

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____
Nombre Inicial Apellido

Dirección de casa: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
SS# _____
Ciudad Estado Código postal

Teléfono : Celular : (____) _____ Trabajo: (____) _____ Casa: (____) _____

Correo electrónico: _____

Si ud. ésta rellinando éste formulario para otra persona, qué es su relación con ésta persona?

Tiene ud. seguro dental? S o N Es ud. (Soltero / Casado / Divorciado / Viudo)?

Tiene ud. alguna preocupación dental? _____

Tiene ud. un médico personal? S o N

Nombre del médico: _____

Tel: (____) _____

Día de última visita : ____/____/____

Su estado actual de salud es? (bueno / regular / pobre)

Ha tenido ud. cambios en su estado médico? S o N

Ésta ud. bajo de atención médica? S o N

Por favor, explique: _____

Ha tendido ud. enfermedades serias, operaciones o ha estado hospitalizado dentro de 5 años? S o N

Está ud. tomando alguna medicina con o sin receta? S o N

Cuáles medicinas? _____

Tiene ud. tornillos de metal o implantes? S o N

Fuma ud. o utiliza alguna forma de tabaco? S o N

Ud. es alérgico a:
(circule los que aplican)

Aspirina	Eritromicina
Codeína	Joyas / Metales
Terramicina	Látex
Anestésicos dentales	Penicilina

Otra: _____

Mujeres:

Toma ud. pastillas

anticonceptivas? S o N

Está embarazada? S o N

Está amamantando un bebé? S o N

Ha tenido ud. algunas de las siguientes enfermedades o problemas médicos?

Sangrado anormal / hemofilia	Enfisema	Implantación de marcapasos
SIDA	Epilepsia	Problemas psiquiátricos
Alcohol / Abuso de drogas	Desmayo	Tratamiento de radiación
Anemia	Dolores de cabeza	Problemas respiratorios / bronquitis
Angina	Glaucoma	Fiebre reumática /
Artritis	Fiebre del heno	escarlatina
Huesos / Coyunturas /	Ataque al corazón / cirugía	Convulsiones
Válvulas artificiales	Soplo de corazón	Enfermedades de
fecha de cirugía: _____	Hepatitis	transmisión sexuales
Asma	Herpes / Ampollas de fiebre	Enfermedad de célula
Transfusión de sangre	Presión arterial alta	falciforme
Cancer / Quimioterapia	Presión arterial baja	Problemas sinusales
Enfermedad cardiovascular	VIH	Problemas del bazo
Colitis	Problemas de los riñones	Derrame cerebral
Defecto congénito del	Enfermedad del hígado	Problemas tiroides
corazón	Enfermedad de lupus	Tuberculosis (TB)
Diabetes	Prolapso de la válvula	Úlceras
Dificultar para respirar	mitral	Enfermedades venéreas
	Enfermedad neurológica	

Certifico que la información que he proporcionado es correcta según entiendo. Reconozco que mis preguntas, si hay alguna, sobre consultas expuestas anteriormente, han sido respondidas a mi satisfacción. También entiendo que ésta información se mantiene en la más estricta confidencialidad y que es mi responsabilidad informar a ésta oficina de cualquier cambio en mi estado médico. Autorizo al personal dental llevar a cabo cualquier servicio dental que sea necesario durante el diagnóstico y tratamiento, con mi consentimiento.

Firma de Paciente / Guarda: X _____

Firma de Doctor/Higienista : _____ Fecha: _____

Si ud. siente que su estado médico es un poco complicado y si quisiera informarnos o darnos más detalles sobre su estado médico, sería beneficio para nuestra oficina si ud. rellenaría otra hoja con más información sobre su estado.

Firmando este documento consiento para permitir que cualquier fotografía tomada por J. de Graffenried Dentistry antes, durante, y/o después de la finalización del tratamiento dental fuera usada para cualquier objetivo incluso, pero no limitada con educación, relaciones públicas, orientación paciente, mercadotecnia, y álbumes de foto.

Firma de Paciente / Guarda: X _____ Fecha: _____

He recibido una copia de la Nota de Privacidad de ésta práctica

Firma _____ **Fecha:** _____