



Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre de la persona que llena el formulario, si no es el paciente _____ Relacion _____

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

Cual es la razon principal de la visita de hoy ? _____

Porfavor circule la respuesta apropiada .

Es usted alergico a algun medicamento o comida? SI NO Si lo es, por favor de explicar: _____

Ha sido premedicado por algun procedimiento dental? SI NO Si lo ha sido, por favor de explicar: _____

Para mujeres: Esta embarazada? SI NO Esta lactando? SI NO Esta tomando anticonceptivos orales? SI NO

Esta tomando algun medicamento? Incluyendo medicamentos con o sin receta, o medicamentos a base de hierbas . SI NO

Si esta tomando algun tipo de medicamento por favor explique : _____

Tiene o ha tenido alguna de las sigientes condiciones medicas ?

Porfavor circule la respuesta apropiada .

Deficit de Atencion con Hiperactividad SI NO

SIDA/ VIH POSITIVO SI NO

Valvula Cardiaca Artificial SI NO

Articulación Artificial SI NO

Trastorno de la coagulación SI NO

Bulimia SI NO

Cancer SI NO

Problemas del desarrollo SI NO

Diabetes SI NO

Epilepsia ó Convulsiones SI NO

Enfermedad del Corazon SI NO

Soplo Cardiaco SI NO

Marcapasos de Corazon SI NO

Hepatitis SI NO

Hipertension SI NO

Prolapso de la Valvula Mitral SI NO

Osteoporosis SI NO

Embarazo SI NO

Uso de Tabacco SI NO

Tuberculosis SI NO

Ha tenido alguna enfermedad grave que no esta mencionado en esta forma? SI NO

Si ha tenido alguna enfermedad, por favor explique :

Comentarios :