



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número telefónico \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO DENTAL**

¿Actualmente está siendo tratado(a) por un médico? NO \_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_ Si es así, por favor indique:  
 Razón \_\_\_\_\_ Fecha de la última consulta \_\_\_\_\_  
 Nombre del médico \_\_\_\_\_ Número telefónico del médico \_\_\_\_\_

Usted sabe de alguna reacción alérgica a alguno de los siguientes medicamentos:

Penicilina	SÍ	NO	Anestesia Dental	SÍ	NO	Aspirina	SÍ	NO
Amoxicilina	SÍ	NO	Sulfamidas	SÍ	NO	Augmentin	SÍ	NO
Eritromicina	SÍ	NO	Codeína	SÍ	NO	Látex	SÍ	NO

**Los Mamogramas son fáciles y salvan vidas.**  
**Le ayudaremos en cada paso del proceso desde el seguro médico, la cita y el seguimiento.**  
**¡Sólo pregunte!**

Tiene alguna otra alergia o alergia a un medicamento de la cual debemos saber: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas médicos?

Asthma	sí	No	Soplos cardiacos	sí	No	Problemas psiquiátricos	sí	No
Problemas de sangrados	sí	No	Marcapasos	sí	No	Anemia falciforme/Drepanocítica	sí	No
Trastornos de la sangre	sí	No	¿Está embarazada?	sí	No	Derrame cerebral/Apoplejía	sí	No
Transfusiones de sangre	sí	No	Discapacidad o Pérdida auditiva	sí	No	Dificultad respiratoria	sí	No
Cáncer	sí	No	Presión arterial alta	sí	No	Dolor de pecho con algún esfuerzo	sí	No
Diabetes	sí	No	Hepatitis	sí	No	Fiebre reumática	sí	No
Epilepsia	sí	No	VIH o SIDA	sí	No	Tuberculosis	sí	No
Desmayos	sí	No	Articulaciones artificiales	sí	No	Problemas de la tiroides	sí	No
Problemas cardiacos	sí	No	Enfermedad de las articulaciones	sí	No	Radioterapia	sí	No
Problemas con las válvulas del corazón	sí	No	Enfermedad del riñón	sí	No	Drogadicción	sí	No
Osteoporosis	sí	No	Enfermedad del hígado	sí	No	Alcoholismo	sí	No
Tratamiento contra el dolor	sí	No						
Osteoporosis	sí	No						

¿Fuma o usa otros productos de tabaco? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_  
 Si es así; ¿cuántos cigarrillos fuma al día? \_\_\_\_\_ Número de años que ha fumado \_\_\_\_\_  
 ¿Está interesado(a) en dejar de fumar? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_

*SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA:*  
**WI QUIT LINE FORM FAXED? Yes\_\_\_ No \_\_\_**  
**MEDICAL ALERT:**

Por favor explique todas las respuestas a las que contestó que "SÍ" y liste alguna otra condición médica que tenga y que no se enumeró arriba:

**He respondido correctamente a todas las preguntas de acuerdo a mi mejor entendimiento.**

Firma del paciente _____	Fecha _____	Firma del médico _____	Fecha _____
.....			
Fecha _____	Firma del paciente _____	Cambios médicos _____	
	Firma del médico o higienista _____	_____	
.....			
Fecha _____	Firma del paciente _____	Cambios médicos _____	
	Firma del médico o higienista _____	_____	
.....			
Fecha _____	Firma del paciente _____	Cambios médicos _____	
	Firma del médico o higienista _____	_____	