



HISTORIA MEDICO

Fecha de hoy _____

Nombre de Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Aunque el personal del consultorio trata el área de la boca, la boca es parte de su cuerpo entero. Problemas de salud que usted puede tener, o los medicamentos que usted puede estar tomando, podrían tener una importante interrelación con la odontología que recibe. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

Esta es su primera visita de niño al dentista? Si No

Su niño tiene buena salud? Si No

Tiene su niño un biberón a la hora de siesta/cama? Si No

Tiene su hijo un hábito de dedo? Si No

Su niño tiene una discapacidad física o mental? Si No

Su niño ha tenido una reacción desfavorable al tratamiento dental? Si No

Su niño esta tomando medicación ahora? Si No Qué? _____

Estás bajo cuidado de un médico? Si ___ No ___ Sí, explique _____

Ha haya sido hospitalizados o tenía una operación importante? Si ___ No ___ Sí, explique _____

Has tenido una lesión grave de la cabeza o el cuello? Si ___ No ___ Si, explique _____

Estás tomando cualquier medicamentos, pastillas, drogas? Si ___ No ___ Si, explique _____

Toma o ha tomado Phen-Fen or Redux? Si ___ No ___ Cuando? _____

Has tomado alguna vez Fosamax, Boniva, Actonel o otra medicinas que tienen bisphosphonates? Si ___ No ___

Estás en una dieta especial? Si _____ No _____

Usa tobacco? Si _____ No _____

Utilizas sustancias controladas? Si _____ No _____

Mujeres: Embarazada? Si ___ No ___ Tomando anticonceptivos orales? Si ___ No ___ La lactancia materna? Si ___ No ___

Es usted alérgico a: Aspirina Pencilin Codine Anestésicos locales Acrylic Metal Latex Sulfa

Tienes o tenido cualquiera de los siguientes?

CIDA/HIV Positivo Si No **Cortisona** Si No **Hemofilia** Si No

Tratamiento de Radiación Si No **Anafilaxia** Si No **Anemia** Si No

Angina de pecho? Si No **Artritis** Si No **Asma** Si No

ticulación Artificial Si No **Diabetes** Si No **Cancer** Si No

Enfermedad de la sangre Si No **Enfisema** Si No **Glaucoma** Si No

Transfusión de sangre	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Herpes	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Úlceras	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Fiebre del Heno	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Shingles	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Renal	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Problemas respiratorios	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Diarrea	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Tos	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Válvula cardiaca artificial	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Quimioterapia	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Dolores en el pecho	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Adicción a las drogas	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Contusión fácil	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sofocada fácilmente	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Aftas, fiebre ampollas	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Epilepsia	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sangrado Excesivo	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Presión arterial alta	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sed Excesiva	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Hepatitis	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Ataque al corazón	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Colesterol alto	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Desmayos, mareado	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Soplo cardíaco	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Marcapasos	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Enfermedades del corazón	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Urticaria, erupción	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Hipoglucemia	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Latido corazón irregular	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Problemas renales	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Leucemia	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Enfermedad del hígado	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Presión arterial baja	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Enfermedad pulmonary	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Osteoporosi	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Dolor en la mandíbula	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Enfermedad paratiroidea	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Atención psiquiátrica	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Frecuentes dolores de cabeza	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Fiebre Reumática	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Reumatismo	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Escarlatina	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Células falciformes	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Problemas del Seno	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Espina bífida	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Accidente cerebrovascular	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Amigdalitis	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Enfermedad del estómago	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Enfermedad de la tiroides	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Tuberculosis	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Pérdida de peso reciente	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Tumores	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sarampión	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Ictericia amarilla	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Disfunción hormonal	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Infecciones del oído	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Anemia	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Pneumonia	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Varicela	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Enfermedades venéreas	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Paperas	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
Has tenido alguna enfermedad grave no enumerada arriba?			Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		

Comentarios: _____

A lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de esta forma han sido contestadas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi niño. Es mi responsabilidad de informar a la oficina dental de cualquier cambio en la condición médica.

Firma del padre o tutor: _____ Fecha de hoy _____