CUESTIONARIO ACERCA DE SU SALUD

1. ¿Cuando fue la ultima limpieza dental?_____ (mes/ano)
2. ¿Tiene dolor o disconforme en estos momentos? ..... SI NO
3. ¿Se pone nervioso con tratamientos dentales? ..... SI NO
4. ¿A tenido una mala experiencia en una oficina dental? ..... SI NO
5. ¿A estado hospitalizado durante los ultimos 2 anos? ..... SI NO
6. ¿A estado bajo cuidado medico con un doctor en el pasado? ..... SI NO
7. ¿Esta tomando algun medicamento ? Si, si explique porque? ..... SI NO
8. ¿Es alergico a (tiene inchazon, comezon en los ojos, manos o pies) penicilina, aspirina, codeina, o otras drogas? ..... SI NO
9. ¿A sangrado exageradamente al grado de requerir? ..... SI NO
10. ¿ Tiene usted o ha tenido alguna enfermedad siguinte? **Marque si o no.**

SI	NO		SI	NO		SI	NO		SI	NO	
☐	☐	Falla del corazon	☐	☐	Paralisis cerebral	☐	☐	Quemoterapia	☐	☐	SIDA
☐	☐	Ataque de corazon	☐	☐	Enfermeda de rinon	☐	☐	Enfermeda del higado	☐	☐	Hepatitis A (ictericia)
☐	☐	Angina del pecho	☐	☐	Ulceras	☐	☐	Arthritis	☐	☐	Hepatitis B (Serum)
☐	☐	Presion alta	☐	☐	Enfisema	☐	☐	Reumatismo	☐	☐	VIH
☐	☐	Murmullos del corazon	☐	☐	Tos cronica	☐	☐	Medicacion cortisona	☐	☐	Letericia amarilla
☐	☐	Fiebre reumatica	☐	☐	Tuberculosis (TB)	☐	☐	Glaucoma	☐	☐	Tranfusion de sangre
☐	☐	Lesiones de corazon congenitas	☐	☐	Asma	☐	☐	Dolor mandibular	☐	☐	Adiccion a las drogas
☐	☐	Fibre del heno	☐	☐	Fibre del hyano	☐	☐	Epilepsia o ataque	☐	☐	Hemofilia
☐	☐	Valvula artificial de corazon	☐	☐	Sinusitis	☐	☐	Desmayos y ataques	☐	☐	Sifis
☐	☐	Marcapasos del corazon	☐	☐	Alergias o Urticurias	☐	☐	Entermedi de la celula faciforme	☐	☐	Gonorrea
☐	☐	Cirugia del corazon	☐	☐	Diabetes	☐	☐	Moretones	☐	☐	Cold Sores
☐	☐	Coyunturas artificiales	☐	☐	Problemas de tiroides	☐	☐	Periodontitis	☐	☐	Llagas/Herpes
☐	☐	Anemia	☐	☐	Tx de rayo x-o cobalto	☐	☐	Otros	☐	☐	Tratamiento Psiquiatrico

11. Nombre de su doctor: Telefono:
12. Cuando sube escaleras o camina, descanza por una razon de dolor en el pecho, no tiene bastante aire o porque esta demasiado cansada(o)? ..... SI NO
13. ¿Se le inchan los tobillos durante el dia? ..... SI NO
14. ¿Si tiene un doctor nunca le dijo si tiene cancer o un tumor? ..... SI NO
15. ¿Ha tenido cual quier otra enfermedad que no aparezce arriba y que yo debo saber? En caso que si, por favor explique cual? ..... SI NO
16. ¿Fuma usted? En caso que si, cuanto?_____ ..... SI NO
17. MUJERES: ¿Esta usted en estado de gestacion? ¿En caso que si, cuantos meses? ..... SI NO
    ¿ Toma usted pildoras anticonceptivas? ..... SI NO

AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO

Yo auturizo al dentista(s) en cargo del paciente cuyo nombre aparece en este formulario Historia de la Salud a administrar cualquier tratamiento; o a administrar anestesicos, sedantes de oxido nitroso y sedantes intravenosos; y a hacer las operaciones que se consideren necesarias o aconsejables en el diagnostico de este paciente. Yo he sido informado de todas las posibles complicaciones que pueden resultar en el procedimiento, anestesicos y drogas. Todos los servicios son prestados y aceptados bajo los terminos y condiciones impresos en el otro lado de este formulario

Firma _____ Fecha _____ Dentist's Signature _____ Date _____

Esta autorizacion debe ser firmada por el paciente, o en el case de un menor de edad, o cuando el paciente esta incapacitado o es mentalmente incompetente, por un familiear cercano del paciente.

Relacion al paciente: _____

HISTORIA MEDICA - CAMBIO EN SU ULTIMA VISITA MEDICA

Fecha	Adicional	Firma de Paciente	Dr. Signature