

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Padre/ Guardián legal/ Adulto responsable (Si el paciente es menor de 18 años): _____

*Por favor responda a todas las preguntas. Ha tenido o tiene:

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Alergias/ fiebre de heno			Presión alta			Derrame cerebral		
Asma			Presión baja			Desmayos/ataques		
Tuberculosis			Problemas del corazón/cirugía			Desordenes neurológicos		
Enfermedades respiratorias			Ataques al corazón			Epilepsia		
Diabetes tipo 1 o 2			Marca paso/Reemplazo de una válvula			Reemplazamiento de huesos (ejemplo: cadera, rodilla)		
Anemia			Fiebre reumática			Problemas de salud mental (ejemplo depresión)		
Hepatitis/Jaundice			Problemas gastrointestinales			Enfermedades inmunológicas (ejemplo, Lupus)		
Enfermedad del hígado			Glaucoma			Problemas del riñón/Diálisis		
Cáncer			Osteoporosis/Biosfosfonatos			Medicamento anticonceptivo (mujeres)		
Tendencia a sangrar			SIDA/VIH +			Dientes sensitivos		
Dolor de dientes			Sangrado de encías			Rechinar los dientes		
Ulceras en la boca/llagas			Boca reseca			Miedo al tratamiento dental		
Tratamiento pasado de ortodoncia			Practica deportes/Otras actividades			Alergia al Latex		

1. ¿Está embarazada? _____ ¿Es confidencial el embarazo? _____ Fecha de parto: _____

2. ¿Tiene alguna enfermedad o condicion no mencionada arriba? _____

3. ¿Tiene alergia a algún medicamento? _____

Medicamento(s) que toma

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nombre de su médico: _____

Número telefónico: _____

En caso de emergencia, nombre de un contacto: _____

Número telefónico: _____

Toda mi información médica está correcta de acuerdo a lo que yo sé

X _____

Firma (del padre o guardián legal si el paciente es menor de 18 años)

Fecha

Para uso de oficina solamente

Revisado por el/la Dr(a): _____

Firma: _____

Fecha: _____