



Historia médica del paciente

Mound City Dental, Northwest Family Dental, Savannah Dental

Complete esta hoja. Esta nos dirá todo sobre su salud.

Sobre usted			
Nombre:		Fecha de nacimiento:	
Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Estatura:		Peso:
Nombre de su médico:		Teléfono de su médico:	
¿Cuándo fue su última visita al dentista?			
¿Está embarazada o cree que puede quedar embarazada? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿Está amamantando a su bebé? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Medicamentos			
Enumere los medicamentos que está tomando actualmente:			
1.		2.	
3.		4.	
¿Está tomando o ha tomado algún medicamento que previene la pérdida de masa ósea/osteoporosis? Se llaman bisfosfonatos. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Comportamientos			
Responda sí o no. Si respondió Sí, explique abajo.			
¿Ha estado hospitalizado en los últimos 5 años? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Si respondió Sí, explique:			
¿Es alérgico a algo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Si respondió Sí, ¿a qué es alérgico?			
¿Usa productos de tabaco? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Si respondió Sí, qué productos usa:			
¿Bebe sodas, bebidas energéticas o bebidas deportivas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Si respondió Sí, ¿cuántas bebe en un día?			

Enfermedades

Marque la casilla si tiene o alguna vez ha tenido alguno de estos. Si respondió Sí, explique abajo.

- ☐ Problemas respiratorios, como asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- ☐ Ataque al corazón
- ☐ Dolor de pecho
- ☐ Insuficiencia cardíaca congestiva
- ☐ Soplo cardíaco o problemas de las válvulas cardíacas, como prolapso de la válvula mitral
- ☐ Hepatitis o enfermedades hepáticas
- ☐ Presión alta
- ☐ Enfermedades de los riñones
- ☐ Anemia u otros problemas sanguíneos
- ☐ Problemas de sangrado. Si respondió Sí, ¿está tomando anticoagulantes? Sí ☐ No ☐
- ☐ VIH o sida
- ☐ Fiebre reumática
- ☐ Reemplazos de articulaciones artificiales. Si respondió Sí, ¿hace cuánto tiempo?
- ☐ Diabetes
- ☐ Trastornos mentales, ADD, ADHD, bipolaridad, depresión u otros
- ☐ Cáncer

Explique las enfermedades:

¿Tiene algún problema médico importante que no esté en esta lista? Sí ☐ No ☐

Si respondió Sí, explique:

Su firma:

Fecha: