

PATIENT MEDICAL & DENTAL HISTORY

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Alergias: _____

Cualquier medicamento que **NO PUEDA TOMAR**

Clínica médica: _____

Médico: _____

Premedicación antibiótica requerida por el médico: _____

Motivo: _____

Tipo: _____ Dosis: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES: (recetados, de venta libre y a base de hierbas)

Medicamento	Dosis	Frecuencia

Medicamento	Dosis	Frecuencia

CONDICIONES MÉDICAS PASADAS Y ACTUALES: (marque todas las que correspondan)

CONDICIÓN:	SI	NO
Bajo el cuidado de un médico		
¿Hospitalización / operaciones en los últimos 5 años?		
Lesiones de cabeza / cuello / boca		
Mujeres: embarazada		
Mujeres: enfermería		
Problemas / enfermedades cardíacas		
Fiebre reumática		
Soplo cardíaco		
Prolapso de la válvula mitral		
Cirugía cardíaca		
Articulaciones artificiales: Cuándo:		
Trasplante de órganos Cuándo:		
Alta presión sanguínea		
Derrame		
Hemofilia		
Anemia		
Leucemia		
EPOC / enfisema / dificultad para respirar		
Tratamiento de radiación para el cabeza / cuello		
Apnea del sueño: ¿Algún dispositivo utilizado?		
Cáncer Tipo: diagnóstico:		

CONDICIÓN:	SI	NO
Quimioterapia		
Úlceras de estómago / Gerd / Reflujo ácido		
Diálisis		
Enfermedad renal		
Tipo de trastorno alimentario:		
Enfermedad inmunológica		
Enfermedad de Sjogrens		
Artritis o enfermedad de las articulaciones		
Diabetes: Tipo: A1C:		
Dolores de cabeza		
Epilepsia / convulsiones Tipo: Frecuencia:		
Parálisis cerebral		
Cerebral Desmayos / mareos		
SIDA / VIH positivo		
Dependencia química		
Hepatitis: Tipo:		
Enfermedad de la tiroides		
Asma Problemas de los senos nasales		
Tuberculosis: ¿Activa o inactiva?		
Consumo de tabaco: Paquetes por día:		

Por favor explique cualquier respuesta SÍ:

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del dentista: _____

Fecha: _____