

Historia Médica

Patient Name:

Birth Date:

Date Created:

Por favor conteste toda las preguntas llenando si o no y proporcione detalles cuando se solicite.
Dr. Mosser se complacera en analizar cualquier prejunta que no este clara.

- ¿Hay alguna enfermedad que ocurrir en más de un miembro de la familia? Yes No If yes
- Nombre de su medico Yes No If yes
- ¿Alguna vez ha tenido una enfermedad prolongada o hospitalización? Yes No If yes
- ¿Alguna vez has tendio terapia de radiocion? Yes No If yes
- ¿Hay a usted esta actualmente tomando medicamento píldoras, líquidos o inyecciones? Yes No If yes
- ¿Usted toma Fosamax, Actonel, o otro bisfosfonato? (oral o intravenoso) Yes No
- ¿Alguna vez ha experimentado prologado el sangrado por la extraccion dental o otra cirugia? Yes No
- ¿Esta tomando actualmente un anticoagulante como Coumadin, Plavix, o Aspirina, diariamente? Yes No
- ¿Tiene un Cardiaco marcapasos? Yes No

¿Esta ahora o alguna vez has tomado

- Cortisona Esteroides

Antibioticos profilacticos pueden estar indicados antes del tratamiento dental en algun caso. alguna vez ha tenido

- Articulacion protesica o valvula del corazon artificial Endocarditis infecciosa previa Trasplante de corazon o cualquier otra en cirugia del corazon

Las mujeres: ¿es usted?

- Embarazada La lactancia Anticonceptivos orales?

Alergias

- Aspirina Penicilina Codeina Acrilico
- Metal el Latex Antibiotico de sulfamidas Anestésicos locales

Otra If yes

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

- | | | | |
|---|--|--|---|
| SIDA / HIV Positivo <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Hemofillia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Enfermedad de Alzheimer's <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Diabetes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Hepatitis A, B o C <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Diálisis renal <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Anemia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Enfisema <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Presión arterial alta <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Elilepsia o convulsiones <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Colesterol Alto <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Escarlatina <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Válvula del corazón artificial <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Asma <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Desmayos / vértigo <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Latido irregular del corazón <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Problemas del seno nasal <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Enfermedad arterial <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Problemas de los riñones <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Transfusión de sangre <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Leucemia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Enfermedad estomacal/intestinal <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Problemas respiratorio <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Enfermedades del Hgado <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Stroke <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Presión arterial baja <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Cáncer <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Enfermedad de la Tiroides <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Ataque/Falla del corazón <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Tuberculosis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Herpes labial/Fiebre Ampollas <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Cardiopatía congénita <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Cardiopatía congénita <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Fiebre del heno <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Enfermedad venérea <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | EOPC <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |

¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad grave no mencionada anteriormente? Yes No If yes

Comentarios

Hasta donde sé, las preguntas en este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar al consultorio dental sobre cualquier cambio en el estado médico.

Signature of Paciente, padre o tutor: _____
X
Date: _____