

--	--	--	--	--	--

Número De Paciente

bienvenido

Nombre y Apellido del Paciente _____

Apellido

Nombre

Inicial

Fecha de Nacimiento

CIRCULE LAS RESPUESTAS APROPIADAS. SI ES QUE NO SABE LA RESPUESTA CORRECTA, POR FAVOR ESCRIBE "NO LO SE", EN LA LINEA DESPUES DE LA PREGUNTA.

COMENTARIOS

1. Nombre del médico _____
Dirección _____
2. ¿Está usted bajo cuidado médico?SI NO
¿Desde cuándo? _____ ¿Por qué? _____
3. ¿Cuándo fue su último examen físico completo? _____
4. ¿Está usted tomando medicinas?SI NO
(Si es que sí, por favor de anotarlas en la sección de comentarios ó en la espalda de esta forma.)
5. ¿Rutinamente toma usted la sustancias relacionadas a su salud?SI NO
(vitaminas, suplementos herbarios, productos naturales)
6. ¿Es usted alérgico a alguna medicina o sustancia? (Favor de anotarlas)SI NO
7. ¿Tiene usted alguna otra alergia?SI NO
8. ¿Tiene usted problemas con la penicilina, los antibióticos,
las anestésias ó alguna otra medicina?SI NO
9. ¿Es usted susceptible a los metales o al látex?SI NO
10. Si usted es mujer, ¿está embarazada o cree que puede estarlo?SI NO
11. ¿Utiliza usted medicación para el control de la natalidad?SI NO
12. ¿Ha sido usted tratado por enfermedades cardíacas o se le ha
dicho que podría padecerlas?SI NO
13. ¿Tiene usted un marcapasos o una válvula cardíaca artificial?SI NO
14. ¿Ha tenido alguna vez fiebre reumática?SI NO
15. ¿Padece usted de murmullo cardíaco?SI NO
16. ¿Tiene usted presión alta ó baja?SI NO
17. ¿Ha tenido usted alguna enfermedad ú operación grave?SI NO
Si es así, explique. _____
18. ¿Ha tenido usted tratamiento con radiación ó quimioterapia para combatir un tumor,
un crecimiento ú otra condición?SI NO
19. ¿Padece usted de enfermedades inflamatorias, como artritis ó reumatismo?SI NO
20. ¿Tiene usted articulaciones artificiales ó usa prótesis?SI NO
21. ¿Tiene usted alteraciones de la sangre, como anemia, leucemia, etc?SI NO
22. ¿Ha sangrado alguna vez excesivamente después de cortarse ó lastimarse?SI NO
23. ¿Tiene algún problema estomacal?SI NO
24. ¿Tiene problemas renales?SI NO
25. ¿Tiene problemas hepáticos?SI NO
26. ¿Eres diabético?SI NO
27. ¿Ha tenido desmayos ó mareos?SI NO
28. ¿Padece de asma?SI NO
29. ¿Tiene epilepsia ó ataques nerviosos?SI NO
30. ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad venérea?SI NO
31. ¿Se le ha diagnosticado que es HIV positivo?SI NO
32. ¿Tiene usted SIDA?SI NO
33. ¿Ha tenido ó ha probado positivo para la hepatitis?SI NO
34. ¿Tiene ó ha tenido tuberculosis?SI NO
35. ¿Fuma ó mastica tabaco, usa rapé o consume alguna otra variedad del tabaco?SI NO
36. ¿Consume usted bebidas alcohólicas?SI NO
37. ¿Utiliza habitualmente sustancias controladas?SI NO
38. ¿Ha estado usted bajo tratamiento psiquiátrico?SI NO
39. ¿Usted a tomado la droga recetada fenfluramine, ó feffuramine combinado con
phentermine (fen-phen), dexfenfluramine (redux), ó cualquier otro producto para
perder peso?SI NO
40. ¿Tiene usted alguna enfermedad, condición ó problema no mencionado aqui?SI NO
Si es así, explique. _____
41. ¿Hay algo que debemos saber sobre su salud y que no hemos preguntado en esta formulario? SI NO
42. Desea usted hablar en privado con el dentista acerca de algún problema?SI NO

Certifico Que La Información Anterior Es Completa Y Exacta

FIRMA DEL PACIENTE _____

FECHA _____

FIRMA DEL DENTISTA _____

FECHA _____

ANESTESIA

ALERTA MEDICA