

Medicina / Historia de la Salud

Es importante saber sobre su historia clínica. Estos hechos tienen un impacto directo en su salud dental. Esta información es estrictamente confidencial y no será divulgada a nadie. Gracias por tomarse el tiempo para llenar completamente este cuestionario. **Dr. Michael J. Neeley**

Historia Médica

Si No

¿Tiene algún problema de salud actual?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Está usted bajo cuidado de un médico ahora?

Para _____

¿Qué medicamentos está tomando actualmente? _____

Estás embarazada?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

¿Utiliza cigarrillos / cigarrillos, pipa o tabaco para mascar? (por favor círculo)

NO

YES

Por favor, compruebe de los siguientes elementos que ha tenido o tiene actualmente:

SIDA	<input type="checkbox"/>	Hemofilia (sangrado anormal)	<input type="checkbox"/>
choque anafilaxis	<input type="checkbox"/>	herpes	<input type="checkbox"/>
artritis	<input type="checkbox"/>	hepatitis	<input type="checkbox"/>
Válvulas cardíacas artificiales	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>
articulaciones artificiales	<input type="checkbox"/>	Dolor de mandíbula	<input type="checkbox"/>
asma	<input type="checkbox"/>	enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/>
cáncer	<input type="checkbox"/>	enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>
dependencia química	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/>
Chemotherapy	<input type="checkbox"/>	Marcapasos / cirugía del corazón	<input type="checkbox"/>
problemas circulatorios	<input type="checkbox"/>	El tratamiento de radiación	<input type="checkbox"/>
tratamientos de cortisona	<input type="checkbox"/>	enfermedad respiratoria	<input type="checkbox"/>
diabetes	<input type="checkbox"/>	Falta de aliento	<input type="checkbox"/>
epilepsia	<input type="checkbox"/>	trazo	<input type="checkbox"/>
desmayo	<input type="checkbox"/>	tuberculosis	<input type="checkbox"/>
soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>
problemas del corazón	<input type="checkbox"/>	Trastornos nerviosos	<input type="checkbox"/>

Otra:

Comentarios sobre la Salud:

¿ES USTED alérgico o ha reaccionado adversamente A CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS?

Asprina _____ Anestésico _____ Erthromycin local _____ Latex _____ Oxido Nitroso _____ Codeína _____ Penicilina _____

¿Es usted consciente de ser alérgico a otros medicamentos o sustancias? En caso afirmativo, la lista _____

Medico de Familia: _____ Telefono: _____

FIRMA DEL PACIENTE _____ Fecha _____