

ROBERT S. LEACH, DDS
HISTORIAL MEDICO

NOMBRE DE EL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

El personal dental se enfoca principalmente en el tratamiento de su boca. Problemas de salud que usted pueda tener, o medicamento que usted este tomando puede tener una reaccion con el tratamiento dental que va a recibir.

Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- Esta usted bajo cuidado medico actualmente? Si No porfavor explique _____
- Alguna vez a estado hospitalizado(a) o a tenido una operacion grave? Si No Porfavor explique _____
- Alguna vez a tenido una lastimadura seria en la cabeza o cuello? Si No Porfavor explique _____
- Usted esta tomando medicamento, pastillas, o drogas? Si No Porfavor explique _____
- Esta tomando Fosamax? Si No Porfavor explique _____
- A tomado, o toma, phen-fen o Redux? Si No Porfavor explique _____
- Esta en una dieta especial? Si No Porfavor explique _____
- Usa tabacco? Si No Porfavor explique _____

Mujeres: _____

Esta usted embarazada o tratando de embarazarse? Si No Esta usted tomando pildoras anti-conceptivas? Si No

Esta usted lactando Si No

Es usted alergico(a) a algunos de los siguientes medicamentos? _____

Aspirina Penicilina Codeina Acyrlico Metal Latex Anestesico dental Otro

Porfavor explique _____

Ha padecido usted de alguna de las siguientes enfermedades o problemas medicos? _____

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--|---|
| Sida / HIV positivo | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Hinchazon de brazos o piernas | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Alzheimer | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Dificultad al respirar | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Fiebre reumatica | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Steroides, medicina de cortisona | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Diarrea frecuente | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Hepatitis B o C | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Presion arterial baja | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Fragilidad capilar, moretones con facilidad | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Reumatismo | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de tiroides | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Alergia o Sensibilidad a un medicamento o sustancia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Dolor de caveza frecuente | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Herpes | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de los pulmones | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Cancer | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Fiebre Escarlatina | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Herpes genital | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Presion arterial alta | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Amigdalitis (anginas) | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Adiccion a las drogas | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Culebrilla | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Prolapso: Valvula mitral | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Dolor en el Corazon, mano izquierdo o en el pecho | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Glucoma | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Roncha o Salpullido, Sarpullido | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Facilmente sin aliento | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | La enfermedad de celulas falciformes | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Dolor en la quijada | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Artritis / Dolor en las coyunturas (acumulacion de acido urico) | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | La Fiebre de heno | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tumores o Desarrollo, crecimiento | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Enfisema | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Ampollas / Herpes | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Hipoglucemia (Azucar baja en la sangre) | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfermedad Paratiroidea | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Valvulas del corazon artificiales | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Ataque al Corazon / insuficiencia Cardiaca | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Ulceras | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Defecto Congenital del corazon | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Sinusitis | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Cuidado Psiquiatricos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Epilepsia O Convulsiones | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Soplo en el corazon | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Latido del corazon irregular | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfermedades Venereas | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Coyunturas artificiales | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Convulsiones | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Espina Bifida | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tratamiento de radiacion | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Marcapasos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Problema de rinon | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Piel Amarillenta | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Asma | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Problema del Corazon / enfermedad | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Estomago / enfermedad intestinal | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Perdida de peso | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Sed excesivo | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | No coagulacion en la angre | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Lausemia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Osteoporosis (Deminerlizacion Esqueletica) | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad en la sangre | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Embolio, derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | |
| Desmayos / mareos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | |
| Transfucion de sangre | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Dialisis Renal | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfermedad en el igado | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | |

A tenido otra enfermedad grave que no este nombrada en la lista Si No porfavor explique _____

Comentarios: _____

Las preguntas de este cuestionario han sido contestadas a mi mejor entendimiento. Yo entiendo que al proveer informacion incorrecta puede ser peligroso para mi salud y otros pacientes. Es mi responsabilidad de informar ala oficina dental de cualquier cambio de mi estado medico.

FIRMA DE EL PACIENTE, O TUTOR _____ FECHA _____