

Fecha _____

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

GENERAL:

<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Tu salud general esta bien?
<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	El ano pasado as tenido cambio en tu salud?
<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	As estado hospitalizado o as tenido una seria enfermedad en los ultimos tres anos? Si es Si, porque?
<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Ahora esta uste bajo tratamiento medico? Si es Si paraque?
				Fecha de su ultimo examen medico? _____ Fecha de su ultimo examen dental? _____
<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	A tenido problemas con su ultimo tratamiento dental?
<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Estas sintiendo dolor ahora?

AS TENIDO EXPERIENCIA:

<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Dolor de pecho?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Mareos?
<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Problemas de sangrado o moretones?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Dolor de cabeza?
<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Problemas sinusites?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Sintomas de desmayo?
<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Diarrea o costipado?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Incautaciones?
<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Fatiga vomito nausea?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Rigidez o dolor en las articulaciones?

TIENES O AS TENIDO:

<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Problemas del corazon?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	SIDA/HIV?
<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Ataques o defctos del corazon?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Tumores, cancer?
<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Murmullos del corazon?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Artritis, reumatismo?
<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Fiebre ruematica?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Anemia?
<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Problema de arteria?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	VD (syphilis or gonorrhea) / Herpes?
<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Presion alta?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Problema de rinon?
<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Hepatitis A, B or C	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Efysema?
<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Enfermedad del higad?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Diabetes?
<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Problemas de la tiroides?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Alergia a drogas, comida medicamentos, o latek?

TIENES O AS TENIDO:

<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Cuidado psyquiatico?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Protesis del corazon?
<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Tratamientos de radiacion?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Articulaciones artificiales? En caso afirmativo: Qué antibiotic tomas antes del tratamiento dental?
<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Quimoteropia?					
<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Marcapasos?					

ESTA TOANDO:

<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Drogas recreativas?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Usted consume tobacoo de algune forme?
<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Drogas o medicamentos incluyendo aspirina y remedies naturales? Si es si nombrelas?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Usted consume alchol?

MUJER SOLAMENTE:

<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Esta usted embarazada?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Esta tomando pastillas anti conseptivas?
--------------------------	----	--------------------------	----	------------------------	--------------------------	----	--------------------------	----	--

ALL PATIENT:

Tienes o as tenido otras condiciones medicas no mencionadas en esta forma?
Si es si describelas:

A lo mejor de mi conocimiento, he respondido todas las preguntas completamente y con precisión. Informaré a mi dentista de cualquier cambio en mi historial de salud y actualización de los medicamentos se utilizó.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____