

En letra de imprenta

APELLIDO DEL PACIENTE		NOMBRE		INICIAL DEL 2º NOMBRE		<input type="checkbox"/> VARÓN <input type="checkbox"/> MUJER		FECHA DE HOY MES      DÍA      AÑO			
EDAD DEL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE MES      DÍA      AÑO		NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO SI NO ES EL PACIENTE				RELACIÓN CON EL PACIENTE				
NOMBRE DEL MÉDICO DEL PACIENTE				NÚMERO DE TELÉFONO DEL MÉDICO		FECHA APROXIMADA DE LA ÚLTIMA VISITA AL: MÉDICO MES      DÍA      AÑO			DENTISTA: MES      DÍA      AÑO		

**INSTRUCCIONES PARA LOS PACIENTES:** Las respuestas a estas preguntas ayudarán al dentista a decidir el tratamiento de su problema dental. Trate de marcar cada respuesta SÍ o NO con un círculo. Si no puede responder una pregunta, no la marque con un círculo. **Sus respuestas se considerarán estrictamente confidenciales.**

1. ¿Cuál es el motivo de su visita de hoy? \_\_\_\_\_

2. ¿Ha tenido alguna vez una reacción inusual o complicaciones relacionadas con algún tratamiento dental?      SÍ      NO  
Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

3. ¿Es alérgico o ha tenido una reacción a lo siguiente?      SÍ      NO

Látex .....	SÍ	NO
Penicilina u otros antibióticos .....	SÍ	NO
Aspirina, ibuprofeno o Tylenol....	SÍ	NO
Anestesia local.....	SÍ	NO

1. ¿Está consultando a un médico actualmente?      SÍ      NO  
Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

2. ¿Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha estado hospitalizado?      SÍ      NO  
Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

3. ¿Está tomando algún medicamento, píldoras o remedios de venta libre en este momento?      SÍ      NO  
Si su respuesta es sí, diga cuáles: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. ¿Tiene alergia a algún otro medicamento?      SÍ      NO  
Si su respuesta es sí, diga cuáles: \_\_\_\_\_

5. ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes afecciones?

Problemas cardíacos	SÍ	NO	Hipertensión	SÍ	NO	Anemia	SÍ	NO	Atención psiquiátrica	SÍ	NO
Soplo cardíaco	SÍ	NO	Marcapasos	SÍ	NO	Problemas de sangrado	SÍ	NO	TDA/TDAH	SÍ	NO
Dolores en el pecho	SÍ	NO	Accidente cerebrovascular	SÍ	NO	Artritis	SÍ	NO	TB/Tuberculosis	SÍ	NO
Articulaciones/válvulas artificiales	SÍ	NO	Injertos arteriales	SÍ	NO	Tumor/Cáncer	SÍ	NO	SIDA/VIH Positivo	SÍ	NO
Diabetes	SÍ	NO	Problemas renales	SÍ	NO	Problemas tiroideos	SÍ	NO	Hepatitis/Ictericia	SÍ	NO
Radioterapia	SÍ	NO	Díálisis	SÍ	NO	Enfermedad pulmonar	SÍ	NO	Herpes	SÍ	NO
Osteoporosis	SÍ	NO	Fiebre reumática	SÍ	NO	Asma	SÍ	NO	Alcoholismo/Abuso de drogas	SÍ	NO
Trasplante (óseo/de órganos)	SÍ	NO	Trastorno convulsivo/epilepsia	SÍ	NO	Uso de tabaco	SÍ	NO			

6. Mujeres:

¿Está embarazada? ..... SÍ      NO      ¿Está tomando anticonceptivos orales?..... SÍ      NO

¿Está amamantando en este momento? ..... SÍ      NO      ¿Está tomando suplementos hormonales? ..... SÍ      NO

**He completado esta historia clínica de acuerdo con la información que tengo y acepto informar a Neighborcare Health acerca de cualquier cambio en mi salud médica o dental al comienzo de cada cita dental.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del tutor      Fecha de hoy