

Medical history Date \_\_\_\_\_

**Por favor marque al que le aplique:**

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sida/VIH                       | <input type="checkbox"/> Úlceras de tracto digestivo | <input type="checkbox"/> Sarpullido/Urticaria            | <input type="checkbox"/> Falta de aliento              |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer        | <input type="checkbox"/> Dolor de oído               | <input type="checkbox"/> Implantes _____                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad célula falciforme  |
| <input type="checkbox"/> Anemia                         | <input type="checkbox"/> Enfisema                    | <input type="checkbox"/> Problemas de riñones            | <input type="checkbox"/> Ampollas                      |
| <input type="checkbox"/> Angina/Dolor de pecho          | <input type="checkbox"/> Sangramiento excesivo       | <input type="checkbox"/> Leucemia                        | <input type="checkbox"/> Úlceras estomacales           |
| <input type="checkbox"/> Artritis                       | <input type="checkbox"/> Convulsiones                | <input type="checkbox"/> Problemas de hígado             | <input type="checkbox"/> Colitis                       |
| <input type="checkbox"/> Coyunturas artificiales        | <input type="checkbox"/> Desmayo/Mareo               | <input type="checkbox"/> Trastorno nervioso              | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral              |
| <input type="checkbox"/> Asma                           | <input type="checkbox"/> Herpes genital              | <input type="checkbox"/> Nervios al dentista             | <input type="checkbox"/> hinchazón de las extremidades |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sangramiento      | <input type="checkbox"/> Glaucoma                    | <input type="checkbox"/> Diálisis                        | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides         |
| <input type="checkbox"/> Ciego                          | <input type="checkbox"/> Artritis de gota            | <input type="checkbox"/> Marcapasos                      | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                  |
| <input type="checkbox"/> Placas/Tornillos en los huesos | <input type="checkbox"/> Lesión craneal              | <input type="checkbox"/> Dolor en coyuntura de mandíbula | <input type="checkbox"/> Tumor: _____                  |
| <input type="checkbox"/> Problemas para respirar        | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza             | <input type="checkbox"/> Enfermedad de paratiroide:      | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea            |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis                     | <input type="checkbox"/> Problemas de oír            | <input type="checkbox"/> Neumonía                        | <b>Solo Mujeres:</b>                                   |
| <input type="checkbox"/> Moretea fácilmente             | <input type="checkbox"/> Ataque/Fallas al corazón    | <input type="checkbox"/> Hipertensión portal             | <input type="checkbox"/> Embarazada (meses: _____)     |
| <input type="checkbox"/> Rechina/Aprieta los dientes    | <input type="checkbox"/> Enfermedad de corazón       | <input type="checkbox"/> Prótesis: _____                 | <input type="checkbox"/> Amamantando                   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer _____                   | <input type="checkbox"/> Soplo en el corazón         | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica           |  |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral             | <input type="checkbox"/> Cirugía de corazón          | <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre           |  |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía congénita          | <input type="checkbox"/> Problemas de válvulas       | <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria         |  |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia         | <input type="checkbox"/> Infección hepática          | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática                |  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn            | <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C           | <input type="checkbox"/> Enfermedad reumática de corazón |  |
| <input type="checkbox"/> Sordo                          | <input type="checkbox"/> Abuso de drogas             |  |  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                       |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Alta Presión                   |  |  |  |

Razón de su visita: \_\_\_\_\_

Otras condiciones médicas no mencionadas arriba: \_\_\_\_\_

¿Tiene alergias? SI [ ] NO [ ]

- |                                       |                                     |                                      |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acrílico     | <input type="checkbox"/> Látex      | <input type="checkbox"/> Codeína     |
| <input type="checkbox"/> Acetaminofén | <input type="checkbox"/> Aspirina   | <input type="checkbox"/> Ibuprofeno  |
| <input type="checkbox"/> Amoxicilina  | <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Metal       |
| <input type="checkbox"/> Yodo         | <input type="checkbox"/> Solfa      | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

¿Está tomando alguno de los siguientes? SI [ ] NO [ ]

- |   |  |                                      |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aspirina/Diluyente de sangre | <input type="checkbox"/> Insulina/tolbutamida        | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cortisona (esteroides)       | <input type="checkbox"/> Medicina para alta presión  | _____                                |
| <input type="checkbox"/> Medicina para el Corazón     | <input type="checkbox"/> Anticonceptivos             | _____                                |
| <input type="checkbox"/> Bifosfonato (razón: _____)   | <input type="checkbox"/> Terapia de radiación: _____ | _____                                |

¿Ha tenido alguna enfermedad seria, cirugía, o internado en el hospital? SI [ ] NO [ ] Año? \_\_\_\_\_

Explique la razón y condición: \_\_\_\_\_

Debido a su condición médica, tiene que pre medicar para tratamiento dental? SI [ ] NO [ ]

Indique medicamento e instrucciones: \_\_\_\_\_

Al firmar abajo, reconozco que he leído y entendido las preguntas médicas. Que la información en esta forma provista es esencial para determinar las necesidades para el plan de tratamiento necesario. Que tendré la oportunidad de hablar sobre el historial médico con mi doctor en esta cita. Si hay algunos cambios en mi historial médico yo le haré saber a la oficina lo más pronto posible por escrito. Reconozco que todas las preguntas han sido respondidas sinceramente y no haré responsable a los empleados por cualquier error u omisión que haya hecho de mi parte. Doy consentimiento para ser examinado y tratado (incluyendo a los menores de edad mencionados) por el personal de Arizona Dental Management.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Firma del Doctor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_