

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Date: _____

MEDICAL HISTORY

¿Se encuentra bajo el cuidado de un médico? Sí No

Explicación: _____

¿Ha sido alguna vez hospitalizado o ha tenido alguna operación mayor? Sí No

Explicación: _____

¿Ha tenido alguna vez un golpe o lesión seria o grave en su cabeza o cuello? Sí No

Explicación: _____

¿Está tomando algún medicamento? Sí No

Explicación: _____

¿Está tomando o ha tomado alguna vez Phen-Fen o Redux? Sí No

Explicación: _____

¿Ha tomado alguna vez Fosamax, Boniva, Actonel o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos? Sí No

Explicación: _____

¿Se encuentra bajo una dieta especial? Sí No

Explicación: _____

¿Consumo tabaco? Sí No

Explicación: _____

Mujeres solamente:

¿Está usted... (marque si aplica)

Embarazada / Intentando quedar embarazada? ¿Amamantando? ¿Tomando anticonceptivos?

¿Padece de alergia a alguno de los siguientes? (marque si aplica)

Aspirina Penicilina Codeína Acrílico
 Metal Latex Drogas sulfonamidas Anestésicos locales

¿Alguna otra alergia? Sí No

Explicación: _____

¿Usa usted sustancias controladas? Sí No

Explicación: _____

Marque los que apliquen a usted, ya sea ahora, o en algún momento en el pasado.

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH Positivo | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis B or C | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Adicción a drogas | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> Anafilaxia | <input type="checkbox"/> Queda sin aliento fácilmente | <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Culebrilla (herpes zóster) |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> Horticaria o sarpullido | <input type="checkbox"/> Enfermedad células falsiformes |
| <input type="checkbox"/> Artritis/La Gota | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Válvula artificial de corazón | <input type="checkbox"/> Sed excesiva | <input type="checkbox"/> Latido irregular | <input type="checkbox"/> Spina Bífida |
| <input type="checkbox"/> Articulación artificial | <input type="checkbox"/> Desmayos/Mareos | <input type="checkbox"/> Problemas de los riñones | <input type="checkbox"/> Problema estomacal/intestinal |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de sangre | <input type="checkbox"/> Diarrea frecuente | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Hinchazon de extremidades |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza frecuente | <input type="checkbox"/> Presión baja | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroide |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Herpes genital | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los pulmones | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Contusión fácil | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Prolapso de válvula mitral | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Fiebre de heno | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Dolores en la mandíbula | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Dolores de pecho | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Enfermedad paratiroidea | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea |
| <input type="checkbox"/> Herpes labial | <input type="checkbox"/> Marcapaso cardíaco | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Ictericia |
| <input type="checkbox"/> Trastorno cardíaco congénito | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación | |
| <input type="checkbox"/> Convulsions | <input type="checkbox"/> Hemophilia | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso reciente | |
| <input type="checkbox"/> Medicina cortisona | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Diálisis renal | |

Otras enfermedades serias no incluidas: _____

Comentarios sore la historia médica: _____

Padre/Guardián

¿Es el paciente menor de edad (*menos de 18*)? Sí No

Si el paciente es menor de edad, llene la información sobre el padre o guardián:

Nombre completo: _____ Relación al paciente: _____ # Teléfono: _____

Contacto de emergencia

Complete la siguiente información sobre el contacto de emergencia del paciente:

Nombre completo: _____ Relación al paciente: _____ # Teléfono: _____

Preferencias de comunicación

Detalle a continuación las preferencias de comunicación del paciente (or guardián si el paciente es menor de edad):

Por favor marque su preferencia de comunicación:

- Teléfono de la casa
- Teléfono celular
- Mensaje de texto
- Email

Nuestro Sistema puede enviar confirmaciones y recordatorios de citas por medio de texto o email automatizado:

¿Puede recibir mensajes de texto? Sí No

¿Puede recibir emails? Sí No

¿Podemos dejarle un mensaje de voz en su . . .

teléfono de la casa? Sí No

teléfono celular? Sí No

Consentimiento para radiografía, fotografía y video

Entiendo que, como paciente de Art of Dentistry, PLLC, mis fotografías y radiografías serán usadas para incluir en mi historia clínica y si fuere necesario por pedido legal.

Además de eso, por este medio doy consentimiento para que mis fotografías, videos, y/o imágenes radiográficas sean usadas por Art of Dentistry, PLLC para . . .

Ilustrar, enseñar, incluir en publicaciones dentales, o para cualquier otro propósito dental considerado apropiado por mi dentista. Yes No

Usar en páginas de medios de comunicación social para mostrar los resultados finales de un tratamiento. Yes No

Publicidad. Yes No

Hasta donde tengo conocimiento, he contestado certeramente las preguntas en esta forma. Entiendo que puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente) el proporcionar información médica incorrecta. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental si hubiere cambios en mi historia médica.

Firma del paciente o del guardián

Fecha