

INFORMACION GENERAL DE SALUD E HISTORIA MEDICA

(Por favor circule sus respuestas)

- 1 ¿Esta usted actualmente bajo algún tratamiento médico? Si No
Si, contesto si explique: _____
Nombre del Doctor: _____
Telefono: () _____
- 2 ¿Ha usted sido tratado(a) alguna vez por?
- | | | |
|--|----|----|
| a. Fiebre Reumatica | Si | No |
| b. Problemas del Corazón | Si | No |
| c. Alta Presión | Si | No |
| d. Alguna Enfermedad de la Sangre | Si | No |
| e. Enfermedad del Hígado | Si | No |
| f. Tuberculosis | Si | No |
| g. Diabetes | Si | No |
| h. Problemas del Hígado | Si | No |
| i. Ictericia Amarilla | Si | No |
| j. Hepatitis | Si | No |
| k. Problemas del Riñón o la Tiroides | Si | No |
| l. Enfermedad Venerea | Si | No |
| m. Desmallos o Mareos | Si | No |
| o. Alergias | Si | No |
| p. SIDA | Si | No |
- 3 ¿Ha tenido alguna vez hemorragias prolongadas, causadas por lastimaduras o extracciones previas? Si No
- 4 ¿Ha tenido alguna vez una reacción de alguna anestesia local? Si No
- 5 ¿Es usted alergico a algun tipo de medicamento a droga? ¿cual? Si No
- 6 ¿Esta usted tomando algun tipo de medicamento a droga ahora? Si No
- 7 ¿Esta usted embarazada? Si No

INFORMACION DENTAL

- 1 ¿Cuando fue su ultima visita al dentista? _____
- 2 ¿Que le hicieron? _____
- 3 ¿Cual es la razon de su visita ahora? _____
- 4 ¿Ha tenido usted algun problema serio asociado con algun tratamiento dental anterior? Si No
Explique _____
- 5 ¿Tiene usted alguna enfermedad, condición o problema no mencionado arriba, que usted considera deberiamos saber? Si No
Explique: _____

He llenado este Questionario de Salud completamente, y yo he informado de todos los problemas medicos de los cuales yo estoy conciente.

Firma de Paciente _____

IMPORTANTE: NO FIRME LO SIGUIENTE SI NO HA DISCUTIDO SU TRATAMIENTO CON EL DENTISTA.

Yo consiento la administración de la anestesia y el tratamiento dental especificado por el Dr. _____

Yo he sido informado de todos los riesgos que corren en mi tratamiento dental y anestesia incluyendo posible perdida de sangre o infección.

(Firma del Doctor)

Firma de Paciente

Fecha: _____