



## Historial Medico y de Salud

Aunque el personal dental trata el área dentro y alrededor de su boca, su boca es parte de su cuerpo entero. Problemas de la salud que usted pueda tener o medicamento que usted pueda estar tomando, pueden tener una interrelación con la odontología que recibirá. Gracias por contestar todas las siguientes preguntas.

Preguntas	<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input checked="" type="checkbox"/> No	Si usted marcó Si, explique
¿Está usted bajo el cuidado de un medico?			
¿Ha usted realizado una operación o ha estado hospitalizado?			
¿Ha sufrido una lesión seria a la cabeza o el cuello ?			
¿Está tomando medicamentos, pastillas, drogas?			Anote en el espacio indicado debajo
¿Toma o ha tomado Phen-Fen o Redux?			
¿Hace usted una dieta especial?			
¿Usa usted tabaco?			
¿Usa usted sustancias controladas?			

**Anote en el espacio debajo todos los medicamentos, pastilles o drogas que usted toma.  
Si necesita espacio adicional, anote en la proxima pagina y marque la casilla:**

Circule cualquier alergias:	Mujeres: Circule el correspondiente:
Aspirina    Penicillina    Codeina    Latex    Metales	Uso método anti-conceptivo      Embarazada
Anestesia local    Acrílico	Lactando                      Intentando embarazo
Indique otras:	Otro:

	S	N		S	N		S	N		S	N
SIDA/VIH Positivo			Medicina de cortisona			Hemofilia			Diálisis Renal		
Enfermedad de Alzheimer			Diabetes			Hepatitis A			Fiebre Reumática		
Alergias			Adicción a las drogas			Hepatitis B o C			Reumatismo		
Anemia			Falta de respiración			Herpes			Fiebre Escarlatina		
Angina			Enfisema			Presión Arterial Alta			Culebrilla		
Artritis/Gota			Epilepsia o Convulsiones			Urticaria/Sarpullido			Anemia Falciforme		
Válvula Aortica Artificial			Sangrado Excesivo			Hipoglucemia			Sinusitis		
Articulación Artificial			Sed Excesiva			Ritmo Cardíaco Anormal			Espina Bifida		
Asma			Desmayos/Mareos			Problemas de Riñones			Enfermedad del Estomago		
Enfermedad de la Sangre			Tos Frecuente			Leucemia			Ataque Cerebral		
Transfusión de Sangre			Diarrea Frecuente			Enfermedad del Hígado			Hinchazón–Brazos/Piernas		
Problemas Respiratorio			Dolor de Cabeza Frecuente			Presión Arterial Baja			Enfermedad de Tiroides		
Moretones			Herpes Genital			Enfermedad de Pulmones			Amigdalas		
Cáncer			Glaucoma			Prolapso de la válvula Mitral			Tuberculosis		
Quimioterapia			Fiebre del Heno			Dolor de la Mandíbula			Tumores		
Dolores de Pecho			Ataque o Fallo Cardíaco			Enfermedad de Paratiroides			Ulceras		
Ampollas de fiebre			Soplo Cardíaco			Cuidado Psiquiátrico			Enfermedades Venéreas		
Defecto Cardíaco Congénito			Marcapasos Cardíaco			Tratamientos de Radiación			Ictericia Amarilla		
Convulsiones			Enfermedad Cardíaca			Perdida de Peso Reciente					

**Anote cualquier otra condicion(es) o Enfermedad(es) no mencionadas arriba:**

Que yo sepa, las preguntas en este formulario han sido contestadas precisamente. Entiendo que dar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad de informarle a la oficina dental de cualquier cambio en el estatus medico en cada y toda cita dental. Por lo mínimo, el formulario de la salud debe de ser lleno y actualizado anualmente.



\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Padre/Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Relación (Paciente/Padre, Guardián)

\_\_\_\_\_  
Fecha



Macon County  
Public Health

## Forma de medicinas, cirugía, alergias, vitaminas, del paciente

Medicina/Vitaminas	Dosis	Cuantas veces	Motivo de la medicación

Alergias (marque todas las que apliquen):	
<input type="checkbox"/> <b>Aspirina</b> Reacción:	<input type="checkbox"/> <b>Látex</b> Reacción:
<input type="checkbox"/> <b>Penicilina</b> Reacción:	<input type="checkbox"/> <b>Metales</b> Reacción:
<input type="checkbox"/> <b>Codeína</b> Reacción:	<input type="checkbox"/> <b>Acrílico</b> Reacción:
<input type="checkbox"/> <b>Anestesia Local</b> Reacción:	<input type="checkbox"/> <b>Otras :</b> Reacción(s):

Cirugías/operaciones	Fecha	Doctor	Permiso para tratamiento dental: Y / N

**Al mejor de mi conocimiento, esta información es exacta y completa.**



\_\_\_\_\_

Escriba el nombre del paciente

\_\_\_\_\_

Firma del paciente/padre/Guardián legal

\_\_\_\_\_

Relación (Paciente, Padre, Guardián)

\_\_\_\_\_

Fecha