**NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_\_ SEXO: FECHA DE NACIMIENTO: NUMERO DE SOCIAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE PREFERIDO: NUMERO DE TELEFONO: (CASA): (CELL): (TRABAJO):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DIRECTION: APT#: CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PADRE/ESPOSA/O: FECHA DE NACIMIENTO: CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**EN CASO DE EMERGENCIA, ¿QUIEN SERIA NOTIFICADO, APARTE DE LOS PADRES O ESPOSA/O? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NUMERO DE TELEFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**A QUIEN TENDRIAMOS EL PLACER DE AGRADECER POR SU REFERENCIA? \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**MUJERES: ESTA EMBARASADA O TRATANDO DE QUEDAR EMBARASADA? SI ES ASI, FECHA QUE DARA A LUZ: ¿ESTA AMAMANTANDO?**

**NOMBRE DE SU GINECOLOGO: NUMERO DE TELEFONO: ¿ESTA TOMANDO ANTICONCEPTIVOS ORALES? \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**LISTA DE SUS MEDICAMENTOS, LAS RAZONES, DOSIS Y FRECUENCIAS (USE OTRA PAGINA APARTE SI SE NECESITA) \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿A TENIDO UNA CIRUGIA MAJOR O A ESTADO HOSPOTALIZADO EN LOS ULTIMOS CINCO Años? RAZON/FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿ALGUNA VEZ A TENIDO LESIONES GRAVES EN LA CABEZA O CUELLO? \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿ESTA USTED BAJO CUIDADO DE UN MEDICO? SI ES ASI, POR FAVOR EXPLIQUE: \_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE DEL MEDICO/NUMERO DE TELEFONO: FECHA DEL ULTIMO EXAMEN FISICO:**

**¿Es alérgico a alguno de los siguientes? ASPIRINA: PENICILINA: CODEINA: LATEX: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SULFAMIDA: ANESTESICOS LOCALES: ACRILICO: COMIDA/OTRAS ALERGIAS: <explique>**

**Tiene el paciente o a tenido alguna vez, cualquiera de los siguientes? ¿ USA EL PACIENTE PRODUCTOS DE TABACO? □SI □NO**

**SI NO SI NO SI NO SI NO**

**SIDA/ VIH POSITIVO □ □ MEDICINA DE CORTISONA□ □ HEMOFILIA □ □ TRATAMIENTO DE RADIACION □ □**

**ALZHEIMER’S □ □ DIABETES □ □ HEPATITIS A □ □ PERDIDA DE PESO RECIENTE □ □**

**ANAPHYLAXIS □ □ DROGADICCION □ □ HEPATITIS B o C □ □ DIALISIS RENAL □ □**

**ANEMIA □ □ FACILMENTE PIERDE EL HERPES □ □ FIEBRE REAUMATICA □ □**

**ANGINA □ □ ALIENTO □ □ PRESION ALTA □ □ REUMATISMO □ □**

**ARTRITIS/GOTA □ □ ENFISEMA □ □ COLESTEROL ALTO □ □ FIEBRE ESCARLATA □ □**

**VALVULA ARTIFICIAL DE EPILEPSIA/CONVULSION □ □ RONCHAS/ERUPCION CULEBRILLA □ □**

**CORAZON □ □ SANGRADO EXCESSIVO □ □ CUTANEAS □ □ ENFERMEDAD DE CELULAS**

**COYUNTURA SED EXCESSIVA □ □ HIPOGLUCEMIA □ □ FALCIFORMES □ □**

**ARTIFICIAL □ □ DESMAYOS/VERTIGO □ □ LATIDO IRREGULAR PROBLEMAS DEL SENO NASAL □ □**

**ASMA □ □ TOS FRECUENTE □ □ DEL CORAZON □ □ ESPINA BIFIDA □ □**

**ENFERMEDAD ARTERIAL □ □ DIARREA FRECUENTE □ □ ENFERMEDAD**

**TRANSFUCION DE DOLORES DE PROBLEMAS DE ESTOMACAL/INTESTINAL □ □**

**SANGRE □ □ CABEZA FRECUENTES □ □ LOS RINONES □ □ DERRAME CEREBRAL □ □**

**PROBLEMAS GLAUCOMA □ □ LEUCEMIA □ □ HINCHAZON DE LAS EXTAMIDADES □ □**

**RESPIRATORIOS □ □ HERPES GENITAL □ □ ENFERMO DEL HIGADO □ □ ENFERMEDAD DE TIROIDES □ □**

**MORETONES CON FIEBRE DE HENO □ □ PRECION BAJA □ □ AMIGDALITIS □ □**

**FACILIDAD □ □ INFARTO/INSUFICIENCIA ENFERMEDAD TUBERCOLOSIS □ □**

**CANCER □ □ CARDIACA □ □ PULMONAR □ □ TUMORES/CRECIMIENTOS □ □**

**CHIMIOTERAPIA □ □ SOPLO CARDIACO □ □ PROLAPSO DE LA ULCERAS □ □**

**DOLORES DE PECHO □ □ MARCA PASO VALVULA MITRAL □ □ ENFERMEDAD VENEREA □ □**

**HERPES LABIAL □ □ EN EL CORAZON □ □ OSTEOPOROSIS □ □ ICTERICIA □ □**

**ENFERMEDAD DE**

**CORAZON CONGENITAL □ □ PROBLEMAS O □ □ PARATIROIDEA □ □**

**CONVULSIONES □ □ ENFERMEDAD DEL CORAZON ATENCION PSIQUIATRICA□ □**

**¿Ha tenido el paciente alguna vez o tiene actualmente alguna enfermedad graveno mencionada anteriormente? □Si □No Si es asi por favor explique:**

**INFORMATIONAL ADDITIONAL/COMMENTARIOS:**

***EN LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO, LAS PREGUNTAS DE ESTE CUESIONARIO SE HAN CONTESTADO CORRECTAMENTE. ENTIENDO QUE EL PROPORCIONAR INFORMATION INCORRECTA PUEDE SER PELIGROSO PARA MI SALUD (O EL PACIENTE). ES MI RESPONSABILIDAD INFORMAR LA OFFICINA DENTAL DE CUALQUIER CAMBIO EN LA HISTORIA MEDICA.***

**FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O TUTOR LEGAL: FECHA:**