

WAVERLY DENTAL

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **SEXO:** _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **NUMERO DE SOCIAL:** _____

NOMBRE PREFERIDO: _____ **NUMERO DE TELEFONO: (INICIO)** _____ **(CELULAR)** _____ **(TRABAJO)** _____

DIRECCIÓN: _____ **NÚMERO DE APT:** _____ **CIUDAD:** _____ **ESTADO:** _____ **CÓDIGO POSTAL:** _____

NOMBRE DEL PADRE/CÓNYUGE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **CORREO ELECTRÓNICO:** _____

EN CASO DE EMERGENCIA, QUIEN SERIA NOTIFICADO, APARTE DE LOS PADRES O ESPOSA/O? _____ **NÚMERO DE TELÉFONO:** _____

¿A QUIÉN PODEMOS AGRADECER POR REFERIRTE? _____

HEMBRAS: ¿ESTÁ EMBARAZADA O TRATANDO DE QUEDAR EMBARAZADA? _____ **SI ES ASI, FECHA DE DAR A LUZ:** _____ **¿ESTÁS AMAMANTANDO?** _____

NOMBRE DEL OBSTETRA/GINECÓLOGO: _____ **Nº TELÉFONO:** _____ **¿ESTÁ TOMANDO ANTICONCEPTIVOS ORALES?** _____

LISTA DE SUS MEDICAMENTOS, LAS RAZONES, DOSIS Y FRECUENCIAS (USE OTRA PAGINA APARTE SI SE NECESITA): _____

¿HA TENIDO UNA CIRUGÍA MAYOR O HA SIDO HOSPITALIZADO EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS? _____ **RAZÓN/FECHA:** _____

¿ALGUNA VEZ HA TENIDO UNA LESIÓN GRAVE EN LA CABEZA O EL CUELLO? _____

¿ESTÁ USTED BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO AHORA? _____ **SI ES ASI, POR FAVOR EXPLIQUE:** _____

NOMBRE DEL MÉDICO/NÚMERO DE TELÉFONO: _____ **FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO:** _____

¿ES ALÉRGICO A ALGUNO DE LOS SIGUIENTES? **ASPIRINA:** _____ **PENICILINA:** _____ **CODEÍNA:** _____ **LÁTEX:** _____

SULFAMIDA: _____ **ANESTESIA LOCAL:** _____ **ACRÍLICO:** _____ **ALIMENTOS/OTROS ALERGIA: <EXPLICAR>** _____

¿EL PACIENTE TIENE, O HA TENIDO ALGUNA VEZ, ¿ALGUNO DE LOS SIGUIENTES? _____ **¿EL PACIENTE USA PRODUCTOS DE TABACO?** **SÍ** **NO**

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
SIDA/VIH POSITIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CORTISONA MEDICINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEMOFELIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRATAMIENTOS DE RADIACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALZHEIMER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEPATITIS A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PÉRDIDA DE PESO RECIENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANAFILAXIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOXICOMANÍA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEPATITIS B o C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIÁLISIS RENAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FÁCIL ENROLLABLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HERPES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FIEBRE REUMÁTICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANGINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFISEMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRESIÓN ARTERIAL ALTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REUMATISMO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ARTRITIS/GOTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EPILEPSIA O CONVULSIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COLESTEROL ALTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESCARLATINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ARTE. VÁLVULA CARDÍACA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SANGRADO EXCESIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	URTICARIA O SARPULLIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HERPES ZÓSTER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ARTICULACIÓN ARTIFICIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SED EXCESIVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIPOGLUCEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DESMAYOS / MAREOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ARRITMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS DE SINUSITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENFERMEDAD DE LA SANGRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOS FRECUENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS RENALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SPINA BIFADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SANGRE TRANS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIARREA FRECUENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LEUCEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD ESTOMACAL/INTEST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMAS RESPIRATORIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOLOR DE CABEZA FRECUENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD HEPÁTICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GOLPE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BRUSQUETE FÁCILMENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GENITAL HERPES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRESIÓN ARTERIAL BAJA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HINCHAZÓN DE LAS EXTREMIDADES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CÁNCER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GLAUCOMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD PULMONAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD TIROIDEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QUIMIOTERAPIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FIEBRE DEL HENO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VÁLVULA MITRAL PROL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AMIGDALITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOLORES EN EL PECHO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ATAQUE/INSUFICIENCIA CARDÍACA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OSTEOPOROSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HERPES LABIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOPLO DEL CORAZÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOLOR EN LAS MANDÍBULA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TUMORES O CRECIMIENTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONG. TRASTORNO CARDÍACO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MARCAPASOS DEL CORAZÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD PARATIROIDEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ÚLCERAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONVULSIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES CARDÍACAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD VENÉREA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									ICTERICIA AMARILLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿EL PACIENTE HA TENIDO ALGUNA VEZ O TIENE ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE O CONDICIONES NO MENCIONADAS ANTERIORMENTE? **SÍ** **NO**

EN CASO AFIRMATIVO, SÍRVASE ENUMERAR: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL/COMENTARIOS: _____

QUE YO SEPA, LAS PREGUNTAS EN ESTE FORMULARIO HAN SIDO RESPONDIDAS CON PRECISIÓN. ENTIENDO QUE PROPORCIONAR INFORMACIÓN INCORRECTA PUEDE SER PELIGROSO PARA MI SALUD (O LA DEL PACIENTE): ES MI RESPONSABILIDAD INFORMAR AL CONSULTORIO DENTAL DE CUALQUIER CAMBIO EN EL ESTADO MÉDICO.

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