

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Lista Actual de Medicina**

¿Está tomando alguna medicina incluyendo medicinas sin receta? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

<b><u>¿Qué medicinas está tomando?</u></b>	<b><u>¿ Por qué ?</u></b>	<b><u>¿Cuánto?</u></b>	<b><u>¿Con qué frecuencia?</u></b>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

**Note: Se aconseja tanto al doctore como al paciente a hablar antes del tratamiento de todos los asuntos relacionados con la salud paciente. Certifico que he leído y entiendo lo anterior. Reconozco que mis dudas, si alguna, acerca de las preguntas enunciadas anteriormente han sido aclaradas a mi satisfacción. No consideraré responsable a mi dentista, ni a ningún otro miembro de su personal, por cualquier acción que tome o no tome debido errores u omisiones que pueda yo haber cometido al llenar este formulario.**

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**FOR OFFICE USE ONLY**

\_\_\_\_\_  
Signature of Dentist/Hygienist. Also student if applicable

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of Dentist/Hygienist. Also student if applicable

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of Dentist/Hygienist. Also student if applicable

\_\_\_\_\_  
Date