

# 1. HISTORIA MEDICA - TCCDC Fecha de Hoy:

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Telefono del Paciente \_\_\_\_\_

Ha cambiado su dirección? Si/No Si ha cambiado, favor de escribir la nueva dirección tras de esta forma.

Nombre de su Medico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

## 2. ALERGIAS

Favor de indicar con un circulo si usted tiene cualquiera de las siguientes alergias:

Amoxicilin Aspirina Erythromycin Metal Medicinas de sulfa  
Anestesico Codeina Latex oa la goma Penicillina Tetracycline

Otras (cuales?) explique: \_\_\_\_\_

Si ha tenido alguna ha tenido alguna reaccion? Explique: \_\_\_\_\_

## 3. COMENTARIOS/CAMBIOS

Si hay cualquier cambio en su historia de su salud, favor de explicar

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 4. MEDICACIONES

¿Esta tomando alguna medicina incluyendo medicinas sin receta? Liste la medicina en la página siguiente.

## INFORMACION DE SALUD

Fecha	Ningun cambio	Iniciales del paciente	Firma del Estudiante	Firma del Dentista

## 3. ENFERMEDADES /CONDICIONES

Favor de indicar con un circulo si usted tiene alguna enfermedad o dolencias:

- Alzheimer's / Perdida de Memoria
- Anemia
- Anorexia / Bulimia
- Artritis
- Empalmes Artificiales (Fecha \_\_\_\_\_)
- Válvulas Artificial del corazón
- Asma / Hay Fever
- Transfusión de sangre
- Cancer / Quimioterapia
- Ulceras en la boca o fuegos de la boca
- Defectos congénitos del corazón
- Diabetes
- Dificultad de respirar
- Es ud ¿ Dependiete del alcohol o las drogas?
- Emfisema
- Epilepsis / Convulsiones / Desmayos
- Reflujo gastrointestinal/acidez persistente
- Glaucoma (Narrow Angle)
- Dolores de cabeza severos (Frecuentes)
- Hearing Impaired
- Ataque del corazón
- Murmullos de corazón
- Cirugia de corazón
- Hemofilia/Sangria anormal
- Hepatitis A B C D
- Presion Sanguinea - alta/baja
- SIDA o infección por VIH
- Enfermedades del Hígado
- Problemas del Riñon
- Migrañas
- Mitral Valve Prolapse
- Marcapaso
- Tratamiento de radiación
- Fiebre reumática
- Shingles
- Fumar / Tobacco
- Sinusitis
- Stents Placed in Heart (Date \_\_\_\_\_)
- Stroke
- Trastornos de sueño
- Tuberculosis
- Crecimiento del tumor
- Enfermedades sexualmente transmitidas
- Otros/cirugias
- NADA DE LO ANTEDICHO

Un doctor/dentista le ha recomendado tomar antibioticos antes de una cita dental?

Si  No

Esta o piensa que pueda estar embarazada?

Si  No Fecha: \_\_\_\_\_

Esta tomando medicina para la osteoporosis? (Ex. Actonel, Boniva, Fosamax, Skelid, Didronel, Aredia, Zometa, Bonefos)  Si  No

Si es asi, cuando empezo? \_\_\_\_\_

Certifico que la informacion que he dado esta completa y exacta.

Firma del Paciente o Padres: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_