

# DENTAL SMILES



Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono(casa): \_\_\_\_\_ Telefono(cell): \_\_\_\_\_ Telefono(trabajo): \_\_\_\_\_  
Seguro Social: \_\_\_\_\_ Licencia De Manejar: \_\_\_\_\_  
(circula) sexo: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado Marital: \_\_\_\_\_

## HISTORIA MEDICA

Nombre del pediatra: \_\_\_\_\_ Fecha de su última visita: \_\_\_\_\_  
Dirección del pediatra: \_\_\_\_\_ Teléfono del doctor: \_\_\_\_\_

(circula) Mujeres: Embarazada? Si / No, Si es que si, cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
(circula) Mujeres: Amamantando? Si / No Toma anticonceptivos? Si / No

Marque si ha tenido cualquiera de lo siguiente:

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sida                        | <input type="checkbox"/> Tratamiento con Cortisona       | <input type="checkbox"/> Alta presión            | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática          |
| <input type="checkbox"/> Anemia                      | <input type="checkbox"/> Tose/escupe sangre              | <input type="checkbox"/> Virus Sida positivo     | <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlata          |
| <input type="checkbox"/> Artritis, Reumatismo        | <input type="checkbox"/> Diabetes                        | <input type="checkbox"/> Dolor de quijada        | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Sickle cell |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones Artificiales | <input type="checkbox"/> Enfisema                        | <input type="checkbox"/> Enfermedad de riñones   | <input type="checkbox"/> Hinchazón en pies         |
| <input type="checkbox"/> Asma                        | <input type="checkbox"/> Epilepsia o ataques             | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hígado    | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides     |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre     | <input type="checkbox"/> Glaucoma                        | <input type="checkbox"/> Problemas de nervios    | <input type="checkbox"/> Habito de fumar           |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                      | <input type="checkbox"/> Fiebre Asmática                 | <input type="checkbox"/> Marcapasos              | <input type="checkbox"/> Amigdalitis               |
| <input type="checkbox"/> Deferencia a las drogas     | <input type="checkbox"/> Latidos del corazón irregulares | <input type="checkbox"/> Tratamiento siquiátrico | <input type="checkbox"/> Tuberculosis              |
| <input type="checkbox"/> Chemo terapia               | <input type="checkbox"/> Hemofilia                       | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Ulceras                   |
| <input type="checkbox"/> Problemas de circulación    | <input type="checkbox"/> Hepatitis                       | <input type="checkbox"/> Problemas con Válvula   | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas     |

Describe Enfermedades del corazón : \_\_\_\_\_.

(CIRCULA)HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD SERIA O OPERACIONES? SI / NO  
DESCRIBA E LISTE CONDICIONES MEDICAS EN EL PASADO O PRESENTE.

LISTE CONDICIONES MEDICAS QUE TENGA O HA TENIDO	LISTA DE MEDICAMENTOS

Lista de Alergias: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

**YO CERTIFICO QUE TODAS LAS RESPUESTAS SON VERDADERAS Y CORRECTAS, SI HAY ALGUNOS CAMBIOS EN MI SALUD Y/O EN MIS MEDICAMENTOS, YO LE INFORMARE A MI DENTISTA EN LA PROXIMA CITA.**

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