

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: _____