

Numero del Archivo del Paciente _____

1. Hayas estado bajo el cuidado de un medico durante los ultimo 2 anos Si No
 Si Si la razón:
 Nombre del medico _____ teléfono del medico _____
 Domicilio del medico _____
2. Hayas tomado algún medicamento o droga durante los ultimo 2 anos
3. Estas tomando medicamento, droga, o algunos pastillas ahora
 Si Si, favor de nómbrales por nombre y cantidad
4. Tienes algún alergia (o reacción) a cualquier medicamento o sustancia Si No
 Si, Si, favor de nómbrales.
5. Hayas estado enternado en un hospital durante los últimos 5 anos
6. Indica cual de los siguientes hayas tenido o cuales tienes ahora. Marca si o no con un circulo por cada cosa nombrado.

Corazón (cirugía, ataque cardiaca, enfermedad)	Ulceras	Hepatitis A (contagiosa) Hepatitis B (sangre)
Dolor en el pecho	Diabetes	SIDA
Enfermedad del Corazón – por herencia	Problema del tiroides	VIH positiva
Murmura del Corazón	Glaucoma	Ampollas de fiebre
Presión alto	Lentes del contacto	Transfusión de sangre
Mitral Válvula Prolapso	Problemas de los Pulmones - Emphysema	Hemofilia
Válvula del Corazón artificial	Tos crónica	Enfermedad de Sickle Cell
Pacemaker del Corazón	Tuberculosis	Moretas de piel – fácilmente
Fiebre Reumática	Asma	Enfermedades neurológicas
Medicina del estroids (Cortisona)	Alergias de plantas	Epilepsia o convulsiones
Tobillos anchados	Alergia del látex – guantes	Desmayos o marellos
Ambolio	Alergias o ronchas en su piel	Nerviosismo/Ansiedad
Dieta (especial/con restricciones)	Sinusitis	Cuidado de psiquiatria o psychologo
Artificiales joints (rodillos, tobillos, caderas)	Terapia radiaciones	
Problemas del riñón	Quimo terapia	
	tumores	

7. Usas más que 2 almohadas para dormir
8. Haya engordada o perdido mas que 10 libras durante el ultimo ano
9. Tienes algún otra problema, condición, o enfermedad que no esta incluido en la lista.
 Si si : nómbrale _____
10. mujeres – estas embarazado dando pecho a un bebe tomando píldoras de no embarazarse

Yo entiendo que la información que esta notado arriba es necesaria para darme cuidado dental de una manera eficiente y seguro. Yo haya contestado todos los prequantas la mejor manera posible. Si necesitas mas información, tienes mi permiso a preguntar cualquier medico o agencia, quienes pueden dar semejante información. Yo notificare me doctor si hay cualquier cambio en me salud o medicamento.

Firme del Paciente/guardián _____ fecha _____

Para siguiente visitas solamente: Yo haya leído mis respuestas y las preguntas anteriores sobre me salud y no hay cambios.

_____	_____	_____	_____	_____	_____
Iniciales	fecha	Iniciales	fecha	Iniciales	fecha
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Iniciales	fecha	Iniciales	fecha	Iniciales	fecha
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Iniciales	fecha	Iniciales	fecha	Iniciales	fecha
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Iniciales	fecha	Iniciales	fecha	Iniciales	fecha