

Nombre: _____

Historia Médica

Nombre del médico familiar: _____ Teléfono del médico: _____ Fecha de su última visita: _____

¿Tiene algún problema de salud actual? **Si** **No** Explique si es si: _____

¿Toma algún medicamento? **Si** **No** Indique cuales si es si: _____

¿Ha tenido alguna enfermedad seria/ operaciones/ transfusión de sangre? **Si** **No** Explique si es si: _____

¿Tiene affecciones cardíacas? **Si** **No** ¿Ha usado radioterapia en la cabeza o el cuello?? **Si** **No**

¿Esta usando anticoagulante? **Si** **No**

¿Está embarazada? **Si** **No** Día de espera: ____/____/____

¿Está dando pecho? **Si** **No** ¿Está tomando anticonceptivos? **Si** **No**

¿Tiene alergias? **Si** **No** Explique si es si: _____

Indique si tiene o ha tenido las siguientes condiciones:

Uso de Bisfosfonatos	Cáncer	Asma	Presión Alta	
Enfermedad hepáncertica	Hemofilia	VIH/SIDA	Tipo de Hepatitis	_____
Articulaciones Artificiales	Autiamo	Derrame	Epilepsia/Convulsiones	
Diabetes Tipo 1/ Tipo 2	Ulcera/s	Otro: _____	Otro: _____	

La información anterior es exacta y completa al mejor de mi conocimiento. No voy a mantener mi dentista o algún miembro de su personal responsable de los errores que se hayan hecho en la realización de este formulario. La firma abajo da mi consentimiento al dentista de Hintz Family Dentistry, PC para realizar los procedimientos dentales.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del parent o tutor si es menor de edad: _____