

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 afecciones 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 hepática		Hemofilia		VIH/SIDA		Tipo de Hepatitis ____	
Articulaciones Artificiales		Autismo		Derrame		Epilepsia/Convulsiones	
Diabetes Tipo 1/ Tipo 2		Úlcera/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 padre o tutor si es menor de edad: _____