

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

*¡Bienvenido a nuestra oficina! Para ayudarnos a atenderle, rellene el siguiente formulario confidencial.  
 La información suministrada es importante para su salud dental.*

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Si es menor de edad, nombre de los padres \_\_\_\_\_

### HISTORIAL MÉDICO DE SALUD

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones?  
 (Por favor, marque las opciones que correspondan)

- ¿Está obligado a tomar una medicación previa antes de cualquier tratamiento dental?**
- Sangrado anormal después de cualquier cirugía (sangrado abundante)
- Sida o VIH positivo
- Alergias
- Artritis
- Articulación o válvulas artificiales
- Asma
- Problemas de sangre (anemia)
- Transfusión de sangre
- Problemas óseos o articulares
- Cáncer/tumor
- Diabetes TIPO 1 o TIPO 2
- Epilepsia o trastornos neurológicos
- Fiebre del heno o problemas de sinusitis
- Defecto cardíaco
- Soplo cardíaco
- Marcapasos cardíaco
- Problemas cardíacos
- Herpes o herpes labial
- Presión arterial alta o baja (marque una)
- Enfermedad renal o hepatitis, ictericia u otra enfermedad hepática
- Prolapso de la válvula mitral
- Accidente cerebrovascular
- Problemas de tiroides
- Tuberculosis u otros problemas pulmonares

¿Es usted alérgico o ha reaccionado negativamente a alguno de los siguientes productos?

- Aspirina
- Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir
- Codeína u otros narcóticos
- Materiales de látex
- Anestésicos locales ("novocaína")
- Otros: \_\_\_\_\_
- Penicilina u otros antibióticos
- Medicamentos con sulfa

¿Toma usted alguno de los siguientes?

- Aspirina
- Anticoagulantes (diluyentes de la sangre)
- Antibióticos o sulfamidas
- Medicamentos para la presión arterial alta
- Antidepresivos o tranquilizantes
- Insulina, Orinase u otro medicamento para la diabetes
- Nitroglicerina
- Cortisona u otros esteroides
- Medicina para la osteoporosis (densidad ósea)
- Otros: \_\_\_\_\_

¿Fuma o consume tabaco de mascar?  sí  no

Mujeres:

- Marque si está embarazada o podría estarlo  
 Fecha prevista de parto: \_\_\_\_\_
- Marque si toma hormonas o anticonceptivos

¿Por qué requiere tratamiento dental? \_\_\_\_\_

Nombre y número de teléfono de su médico: \_\_\_\_\_

¿Padece alguna enfermedad, afección o problema que no figure en la lista anterior? \_\_\_\_\_

Indique todos los medicamentos que está tomando: \_\_\_\_\_

Firma del paciente (o de los padres) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_