

Historial de Salud

Nombre del Doctor _____

Fecha de Última Visita _____

¿Alguna vez ha tomado cualquier grupo de drogas colectivamente nombradas como "fen"? Estos incluyen combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (marcas de fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina). Sí No

Por favor marque en "sí" o "no" para indicar si ha padecido algo de lo siguiente:

SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desmayo o Mareo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis, Reumatismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Escarlatina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Válvulas Artificiales de corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Falta de aliento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Coyunturas artificiales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo en el corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de Sinusitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Salpullido en piel	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de espalda	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis Tipo ____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dieta especial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sangrado anormal, con extracciones o cirugía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad hematológica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hinchazon en pies/tobillos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ictericia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glándulas de cuello hinchadas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependencia química	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor de mandíbula	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de riñón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas circulatorios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de hígado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Lesiones Cardíacas Congénitas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión baja	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tumor o crecimiento en cabeza o cuello	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tratamiento con Cortisona	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prolapso de válv. Mitral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlcera	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tos, persistente o sangrado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas nerviosos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad Venérea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Inexplicable pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuidado psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Usa lentes de contacto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trat. De Radiación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Mujeres:

¿Está embarazada? Sí No Fecha de parto _____

¿Está amamantando? Sí No

¿Toma pastillas anticonceptivas? Sí No

Medicaciones

Enliste medicamentos que tome actualmente y el diagnóstico relacionado: _____

Nombre de Farmacia _____

Tel. (____) _____

Aspirina
 Barbitúricos (para dormir)
 Codeína
 Yodo
 Látex

Alergias

Anestesia local
 Penicilina
 Sulfamidas
 Otros _____

Actualizaciones (Para llenar en futuras citas)

¿Ha habido algún cambio en su salud desde su última visita dental? Sí No

¿Por qué condiciones? _____

¿Está tomando medicamentos nuevos? _____ Si es así, ¿qué? _____

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma del Doctor _____ Fecha _____

 ¿Ha habido algún cambio en su salud desde su última visita dental? Sí No

¿Por qué condiciones? _____

¿Está tomando medicamentos nuevos? _____ Si es así, ¿qué? _____

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma del Doctor _____ Fecha _____