

HISTORIA MEDICA

Tiene o a tenido cual quiera de los siguientes?

- | | |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|
- Tumores, cáncer
 - Enfermedades del corazón
 - Infarto, defectos de el corazón
 - Soplos de el corazón
 - Fiebre reumática
 - Marcapasos en el Corazon
 - Presión sanguínea alta
 - Presión baja
 - Colesterol alto
 - Asthma
 - Tuberculosis otras enfermedades de los pulmones
 - Problemas de sinusitis o fiebre del heno
 - Alergia o urticaria
 - Diabetes
 - Artritis
 - Enfermedades venéreas (sífilis o gonorrea)
 - SIDA o HIV positive
 - Herpes o herpes labial
 - Hepatitis, otras enfermedades del hígado
 - Migrañas o Dolores de cabeza frecuentes
 - Anemia
 - Problemas de sangramiento despues de extracciones, crugías, o trauma
 - Transfusiones de sangre
 - Enfermedades de tiroides o glándulas
 - Enfermedades renales (riñón), vejiga
 - Tratamientos de radiación o Quimioterapia
 - Problemas del estómago, úlceras
 - Articulación artificial
 - Epilepsia, convulsions o desmayos.
 - Tratamiento psiquiátrico
 - Fuma o consume tabaco de mascar

Premedication requerida por su medico? Si No

Es Usted alergico a, o ha reaccionado adversamente a cualquiera de los siguientes?

- | | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|
- Material de Latex
 - Penicillin or other antibiotics
 - Anestésicos dentales ("Novocain")
 - Codeínae o otros narcoticos
 - Medicamentos con sulfa
 - Barbiturates, sedatives, or sleeping pills
 - Aspirina
 - Otros: _____

Esta tomando cualquiera de los siguientes?

- | | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|
- Aspirina
 - Anticoagulantes (diluyentes de la sangre)
 - Antibioticos o medicamentos con sulfa
 - Medicamento para presion arterial alta
 - Antidepresivos o tranquilizantes
 - Insulina o otros medicamantos para la diabetes
 - Nitroglicerina
 - Esteroides de cortisone o otras
 - Medicina para osteoperosis
 - Lista de medicamentos que esta tomando

actualmente: _____

Mujeres:	Si	No
Está o podría estar embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma hormonas o pastillas anticonceptivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta lactando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre de su medico: _____

¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico que NO está en este cuestionario? Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

Authorization

Yo certifico que he leído y entendido la información anterior a lo mejor de mi conocimiento. Las preguntas anteriores han sido correctamente contestadas. Entiendo que proveer información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Yo autorizo al dentista a divulgar mi información, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o exámenes rendidos a mi hijo o yo durante el período de la atención dental a los contribuyentes como de terceros y / o profesionales de la salud. Yo autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente a **Dr. Bustillo/Featherston** o un seguro de grupo de los beneficios dentales de otro modo pagadero a mí. Entiendo que mi compañía de seguros dentales puede pagar menos de la cuenta real de servicios. Estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o mis dependientes.

Consentimiento:

Doy mi consentimiento a la radiografía dental, los procedimientos de diagnóstico y tratamiento por el dentista necesarias para el cuidado dental apropiado. Al firmar este Autorizo la comunicación de mi información de salud a través de correo electrónico segura y entiendo que tengo el derecho de revocar la autorización en cualquier momento después de la notificación escrita por mí.

Firma del paciente, padre o tutor

Fecha

Por favor escriba su nombre

Fecha