

**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿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:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Problemas de Atención |  | Desmayos |  | Fiebre Reumática |  | Anemia |  |
| Glaucoma  |  | Dificultad para respirar |  | Artritis, Reumatismo |  | Dolores de Cabeza |  |
| Célula de la Hoz |  | Válvulas Cardíacas Artificiales |  | Soplo cardíaco |  | Erupción Cutánea/Sarpullido |  |
| Articulaciones Artificiales |  | Problemas del Corazón |  | Ataque al Corazón |  | Asma |  |
| Hemofilia |  | Hinchazón de Pies/Tobillos |  | Enfermedades de la Sangre |  | Problema de Tiroides |  |
| Cáncer |  | Presión de Sangre Alta |  | Amigdalitis |  | Quimioterapia |  |
| Hábito del Tabaco |  | Enfermedad de Riñón |  | Tuberculosis |  | Problemas Circulatorios |  |
| Dependencia Química |  | Enfermedad de Hígado |  | Úlcera |  | Tratamientos con Cortisona |  |
| VIH/SIDA |  | Prolapso de la Válvula Mitral |  | Enfermedades Venéreas |  | Tos (Persistente) |  |
| Marcapasos |  | Neumonía |  | Tratamiento de Radiación |  | Enfermedad Respiratoria |  |
| Epilepsia/Convulsiones |  | Tipo de Hepatitis \_\_\_\_ |  | Autismo |  | Depresión/Ansiedad |  |

**Usted:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **¿**Fuma Tabaco?  **Si\_\_\_ No\_\_\_  Años \_\_\_** | Masticas Tobacco? **Si\_\_\_ No\_\_\_Años? \_\_\_** | Pipas/Cigarros Si\_\_\_ No\_\_\_ Años \_\_\_ |
| **¿**Toma Alcohol? **Si\_\_\_ No \_\_\_** **¿Cuantas veces por semana? \_\_\_** | Bebe agua que no está filtrada?**Si\_\_\_ No\_\_\_** | Come botanas 4 o más veces por dia?**Si\_\_\_ No\_\_\_** |

**¿Tiene actualmente algún problema o utiliza alguno de los productos a continuación? (marque todos los que correspondan)?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| hinchazón de los dientes |  | Mal sabor de boca |  | Sangrado de las encías |  | Dientes flojos |  |
| Sensibilidad a lo caliente |  | Sensibilidad al frío |  | Sensibilidad a lo dulce |  | Sensibilidad al morder/presión |  |
| Pasta dental con receta |  | Productos de Xilitol |  | Clorhexidina |  | Otros productos de fluoruro |  |

 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**