



DENTAL HEALTH HX FORM

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Numero de Seguro Social _____ - _____ - _____

Por favor marque la respuesta apropiada para cada pregunta.

1. Tiene ahora, o ha tenido en el pasado algo de lo siguiente? (Marque Si o No para cada una)

Respiratory

Asma	Si	No	Bronquitis	Si	No
EPOC Enfermedad pulmonaria obstructive crónica	Si	No	Tuberculosis	Si	No
Problemas nasales	Si	No			

Cardiac/Circulatory

Problemas del Corazón	Si	No	Murmullos del corazón	Si	No
Fiebre reumática	Si	No	Prolapso de la válvula mitral	Si	No
Marcapasos	Si	No	Apoplejía/ derrame cerebral	Si	No
Problemas de sangrado	Si	No	Hemofilia	Si	No
Válvula del corazón artificial	Si	No	Hipertensión/ Persión Alta	Si	No

Alergias

Alergia a medicinas	Si	No	Alergia a Látex	Si	No
Alergias generales	Si	No	Alergia a la anestesia	Si	No

Endocrina

Diabetes	Si	No	Hepatitis, Enfermedad del Hígado	Si	No
Problemas de tiroides	Si	No	Pancreatitis	Si	No
Enfermedad del Riñón	Si	No	Problemas del estómago	Si	No

Musculo/ Esqueleto

Problemas de la espalda	Si	No	Artritis	Si	No
Dolores de cabeza	Si	No	Reemplazo de cadera o articulaciones artificiales	Si	No
Clavos o placas	Si	No			

Salud Mental

Depresión	Si	No	Nerviosismo	Si	No
Terapia Psiquiátrica	Si	No			

Otro

Cáncer/Radiación/ quimioterapia	Si	No	Enfermedades venéreas	Si	No
Desordenes del sistema inmune	Si	No	Aspirina diaria	Si	No
Uso de alcohol y drogas	Si	No	Fumar o usar tabaco	Si	No
Epilepsia	Si	No	Terapia esteroide	Si	No
Síndrome de Down	Si	No	Parálisis cerebral	Si	No



DENTAL HEALTH HX FORM

2. Enumere cualquier condición médica no incluida arriba. _____

3. Quien es su médico de cabecera/primario? _____

4. Liste todas las medicinas con receta que toma ahora. _____

5. Liste cualquier medicina que está tomando o haya tomado en el pasado para osteoporosis. (Actonel, Bonvia, Didronel ...) _____

6. Liste cualquier medicina que está tomando ahora que no necesite receta, vitaminas y remedies herbals que está tomando.

7. Ha estado en el hospital por operaciones o enfermedades? Si No
Si contest si, en que fecha estuvo en el hospital por operaciones o enfermedades?

8. Está siendo o ha sido tratado(a) en una clínica para el dolor? Si No

9. Está embarazada o dando pecho? Yes No

10. Que tipo de agua usa en su casa? ___De la ciudad ___ Pozo ___ Cisterna ___ Ninguna

11. Cuantos dulces/bocadillos come al día? (Dulces, Papitas, Chicle, Soda Pop)

1-3

4-6

7 o mas

La información anterior es correcta al mayor de mi conocimiento y es solamente para uso en mi tratamiento, facturación, y proceso de seguro que me han dicho. No sostendré culpa a mi dentist o a ningún miembro de su personal por beneficios u omisiones que yo he hecho.

Firma del paciente, padre o tudor _____ Fecha _____

Dentist's Signature _____ Date _____

For Office Use Only:

Guardianship verification received: Date _____ Employee Initials _____