

Nombre:	Núm. teléfono (casa):
Padre/Tutor:	Núm. teléfono (Celular):
Dirección:	Fecha de nacimiento: Edad:
Ciudad/Estado/Código Postal	Contacto de emergencia:
Correo electrónico	Teléfono de emergencia:
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Origen étnico: <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro: _____

¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades o problemas?: Sí No

Tuberculosis activa

Tos persistente que dura más 3 semanas

Tos que produce sangre

Recientemente ha estado expuesto a alguien con tuberculosis

Lesión activa de herpes labial o herpes oral

Información médica Marque (X) su respuesta para indicar las siguientes enfermedades o condiciones médicas. Sí No

¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico?

Nombre del médico: _____

Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

¿Está en buen estado de salud?

¿Algún cambio con su salud en el último año?

Si es así, ¿qué problema de salud se está tratando? _____

¿Ha tenido una enfermedad grave, cirugía o ha estado hospitalizado en los últimos 5 años?

Si es así, ¿qué problema de salud se está tratando? _____

Reemplazo articular Tiene una prótesis ortopédica (cadera, rodilla, codo, dedo)

Fecha: _____

Si es así, ¿ha tenido alguna complicación? _____

¿Está tomando o tiene programado comenzar a tomar medicamentos para osteoporosis o enfermedad de Paget?

¿Recibió tratamiento o está programado para comenzar tratamiento con bifosfonatos intravenosos (Aredia® o Zometa®) para el dolor de huesos, hipercalcemia o complicaciones esqueléticas resultantes de la enfermedad de Paget, mieloma múltiple o cáncer metastásico? ..

¿Consume drogas recreativas?

¿Fuma o consume marihuana/cannabis?

¿Usas tabaco (fumas, vapear, masticas, tabaco en polvo, o tabaco barato)?

Si es así, ¿qué tan interesado está en dejar de hacerlo? _____

(Marque uno) MUY/ UN TANTO / NO ESTOY INTERESADO

¿Consume bebidas alcohólicas? ¿Por semana?

SOLO MUJERES ¿Está: Sí No

embarazada?

número de semanas: _____

tomando pastillas anticonceptivas o reemplazo hormonal?

amamantando?

Alergias Es alérgico o ha tenido alguna reacción a: Sí No

Anestésicos locales

Aspirina.....

Penicilina u otros antibióticos

Sulfamidas.....

Codeína u otros narcóticos

Látex.....

Otro: _____

Información médica Marque (X) su respuesta para indicar las siguientes enfermedades o condición médicas. Sí No

Prótesis/válvula artificial del corazón

Enfermedad congénita del corazón (CHD)

Válvulas dañadas en el corazón trasplantado

Endocarditis infecciosa previa

Enfermedad cardiovascular

Angina/dolor de pecho

Arterioesclerosis

Insuficiencia cardíaca congestiva

Válvulas cardíacas dañadas

Ataque al corazón

Soplo cardíaco

Baja presión arterial

Presión arterial alta/Hipertensión

Prolapso de la válvula mitral

Marcapasos

Fiebre reumática

Enfermedad reumática del corazón

Sangrado anormal/trastorno de sangrado/anticoagulantes

Anemia

Transfusión de sangre, Fecha: _____

Hemofilia

SIDA o infección por VIH

Artritis

Enfermedad autoinmune

Artritis reumatoide

Lupus eritematoso sistémico

Asma

Bronquitis

Enfisema

Cáncer/quimioterapia/tratamiento de radiación.....

Dolor en el pecho al hacer un esfuerzo

Diabetes Tipo I o II

Trastorno de la conducta alimentaria

Enfermedad gastrointestinal por malnutrición

Reflujo gastroesofágico/acidez gástrica persistente.....

Úlceras

Problema de tiroides

Accidente cerebrovascular

Glaucoma

Hepatitis, ictericia o enfermedad del hígado.....

Epilepsia, desmayos o convulsiones

Trastornos neurológicos

Trastorno de salud mental, especifique: _____..

Problemas de riñón

Osteoporosis

Ganglios persistentemente inflamados en el cuello

Enfermedad de transmisión sexual

Otros problemas de salud o restricciones quirúrgicas

Medicamentos recetados/medicamentos de venta libre/suplementos que toma actualmente:(si son más de 6 medicamentos, informe al personal dental)

1.	4.
2.	5.
3.	6.

Nombre	Firma	Nombre con letra de molde	Fecha
Cliente/Tutor			
Personal			