Formulario para la Historia de Salud

Email: Fecha de hoy:

MIGUEL FERRER DDS PA 6462 Lake Worth Rd Lake Worth , FL 33463 561-641-8985

Como lo requiere la ley, nuestra oficina se adhiere a las políticas y a los procedimientos escritos para proteger la privacidad de la información que creamos, que recibimos o que mantenemos sobre usted. Sus respuestas son para nuestros registros solamente y se mantendrán en forma confidencial de acuerdo a las leyes vigentes. Por favor, advierta que se le harán algunas preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario y que pueden hacerle preguntas adicionales respecto a su salud. Esta información es vital y nos permitirá entregarle una atención apropiada. Esta oficina no usará estos datos para hacer discriminaciones.

Direction bounds	Nombre:	propilation 2010 orienta no double		er og tyring	Teléfono de Cas	a: Incluya código del	área Teléfono de	e Oficina/Celular:	Incluya código del áre
Direction protein Ocupacible Altura: Peso: Feche de nacimiento. Sexo: M. F. SSF o ID del Paciente: Contacto en Emergencias: Parentezco: Teléforo: incluyo dolgo an dece () Susted está llerando este formulario para otra persona, que parentesco tiene con esta persona? Susted está llerando este formulario para otra persona, que parentesco tiene con esta persona? Finene aliguna de estas enfermedades o problemas: (Morque NS si usted No Sobe lo respuesto o esto pregunto) Si No N Subrecciosis activa Too persotaces and se activa de activa de duración. Too persistente de más de 3 semanas de duración. Too persistente de más de 3 semanas de duración. Too persotaces and se cualquier que tiene tuberculosis. Si une superta es Sí a cualquier de estos o A problemas. Información Dental en los preguntos siguientes hogo el fivor de morcor su respuesta con una (07) donde correspondo. Si No NS Le sangran las enclas cuando se cepília o cuando usa seda dental? Le quelan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes a presidente el mandibula? Le quelan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes a presidente? Le quelan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes a presidente? Le quelan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes a presidente? Le quelan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes a presidente? Le quelan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes a presidente? Le quelan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes a presidente el la mandibula? Le quelan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes a presidente el la mandibula? Le quelan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes a presidente el la mandibula? Le quelan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes a presidente el la mandibula? Le quelan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes a presidente el la mandibula? Le quelan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes a presidentes? Le quelan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes		Nombre	2o Nombre		()	a. melayo coolgo oo	()		
Occupación Altura: Peso: Fecha de nacimiento. Sexo M F Farentesco: Teléfono: Instylu dolego an avec Teléfono colubar: Instylu dolego and avec Telefono colubar: Instylu dolego and avec To coue produce sangre To coue produce sangre Telefono colubar: Instylu dolego and avec To coue produce sangre Telefono colubar: Instylu dolego and avec To coue produce sangre Telefono colubar: Instylu dolego To coue produce sangre Telefono colubar: Instylu dolego To coue produce sangre Telefono colubar: Instylu dolego Telefono colubar					Ciudad:		Estado:	Código post	tal:
Sex of M F Fecha de nacimiento									
Susted està lienando este formulario para otro persona, què parentesco tiene con esa persona? Su Noncive Finene alguna de estas enfermedades o problemas: (Morque NS si usidel No Sobie lo respuesto o esto pregunito) Si No N Cos que produce sangre Ha estado en contacto con algulen que tiene tuberculosis Si su respuesta es Si a cualquiera de estos 4 problemas, por favor deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista. Información Dental En los preguntos siguientes hogo el fovor de morcor su respuesto con uno (X) donde correspondo. Si No NS Le sangran las encles cuando se cepíña o cuando usa seda dental? Le dudien los dientes con el frio, calor, con los dulces o al presionar? Le quedan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes? Le quedan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes? Ha tendo algon trotamiento periodontal (de la encla)? Ha tendo algon problema soccado com un tratamiento dental anterior) Ha tendo algon problema soccado com un tratamiento dental anterior? Si No NS Si	Ocupación:	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			Altura:	Peso:	Fecha de n	acimiento:	Sexo: M F
Susted está llienando este formulario para otra persona, què parentesco tene con esa persona? So fiseriore Finene alguna de estas enfermedades o problemas: (Morque NS si usidel No Sobie lo respuesto a esta pregunita) Si No N Cos que produce sangre In estado en contacto con alguien que tiene tuberculosis. Si su respuesta es Si a cualquiera de estos 4 problemas, por favor deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista. Información Dental En los preguntos siguientes hago el fivor de marcar su respuesta con una (X) donde correspondo. Si No NS Le sangran las encles cuando se cepilla o cuando usa seda dental? Le dudien los dientes con el frío, calo, con los dulces o al presionar? Le dudien los dientes con el frío, calo, con los dulces o al presionar? Le quedra alimentos o seda dental atrapados entre los dientes? Le quedra alimentos o seda dental atrapados entre los dientes? Ha tendo algon tratamiento periodontal (de la encla)? Ha tendo algon tratamiento de ortodincia (con aparatos)? Ha tendo algon periodena soccado com un tratamiento dental anterior? Ha tendo algon periodena soccado com un tratamiento dental anterior? Ha tendo algon periodena soccado com un tratamiento dental anterior? Ala fine de bora secare. Fecha de su ditima radiografia dental: Tiene elboro mollestias dentales en este momento? Como se sente con su sorrisa? Información Médica Hago el fivor de morcor su respuesto con un circulor. ADARIO / SEMANLAMENTE / COSAIONAMENTE Tiene dobro su visita al dentista hoy? Como se sente con su sorrisa? Información Médica Hago el fivor de morcor su respuesto con un circulor. ADARIO / SEMANLAMENTE / COSAIONAMENTE Tiene dobro mollestias dentales en este momento? Le sa al, que tendo alguna enferemedad grave, operación o ha sido moltano de la su visita al dentista hoy? Les así, que condición le están tratamo? Si No NS Si	CC# o ID dal Paciente:	Contacto en Eme	ergencias:		Parentesco:	Teléfono: Incluy	va códiao del área	Teléfono celular	: Incluya código del ái
Si No No Thene alguns de estas enfarmedades o problemas: (Morque NS si usted No Sobe la respuésta a esta pregunta) Si No No Thebruduois activa Tos persistente de más de 3 semanas de duración Tos que produce sangre Ha estado en contacto con alguien que tiene tuberculosis. Si su respuesta es Si a cualquiera de estos 4 problemas, por favor detengase y devuelva este formulario a la recepcionista. Información Dental en los preguntos siguientes hago el favor de marcar su respuesta con una (X) donde corresponda. Si No NS La sangran las encias cuando se cepilla o cuando usa seda dental? Le duelen los dientes con el fifo, calor, con los dulces o al presionar? Le quedan alimentos o seda dental strapados entre los dientes? Le quedan alimentos o seda dental strapados entre los dientes? Le quedan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes? Le quedan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes? Le quedan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes? Le quedan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes? Le quedan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes? Le quedan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes? Le quedan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes? Le quedan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes? Le quedan alimentos de cordonos (con aparatos)? Le safa funda el agua que llega a su casa? Le safa funda de agua que llega a su casa? Le safa funda de agua que llega a su casa? Le safa funda de agua que llega a su casa? Le safa funda de agua que llega a su casa? Le safa de su última radiografía dental. Tene dobro en molestas dentales en este momento? Le del belicieno en en esa ocasido? Si No NS Si No NS	33# 0 ID del Faciente.	Contacto en Ente	ergencias.		i di ciricoco.	()	o cooligo del di co	()	
Tibere alguna de estas enfermedades o problemas: (Morque NS si usted No Sobe lo respuesto a esta pregunto) Si No N Tuberculosis activa Cros que produce sangre Ha estado en contacto con alguien que tiene tuberculosis. Si su respuesta es Si a cualquiera de estos 4 problemas, por favor deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista. Información Dental en los preguntas siguientes hogo el fovor de marcar su respuesta con uno (X) donde corresponda. Si No NS Le sangran las enclas cuando se cepilla o cuando usa seda dental? Le duden los dientes con el frio, calor, con los dulces o al presionar? Si No NS Le sangran las enclas cuando se cepilla o cuando usa seda dental? Le quedan almentos o seda dental atrapados entre los fentes? Información problemas accidados en un respuesta con una (X) donde corresponda. Si No NS Le sangran las enclas cuando se cepilla o cuando usa seda dental? Le quedan almentos o seda dental atrapados entre los fentes? Infere de dolor de oidos o del cuello? Le quedan almentos o seda dental atrapados entre los fentes? Inen elgisma ruto, salto o molestia en la mandibula? Le adamento seda dental atrapados entre los fentes? Tiene lesiones o úlceras en sub boca? Tiene lesiones o úlceras en sub coara? Ha tenido algún problema ascicado con un trainmento dental anterior? Ha sufrido alguna lesión grave en la cabeza o en la boca? Lesta fluorada el algune el gela a su cabeza o en la boca? Participa en actividades enérgicas de recreación? Ha tenido algún problema sociado con un trainmento dental anterior? Ha tenido algún problema de sub siguientes enfermedades o problemas. Si No NS Se encuentra abra bajo el cuidado de un médico? Lesta fluorada el agua enfermedad grave, operación o ha sido hogo interes de la contra de la cuanda d	Si usted está llenando es	te formulario para otra person	a, qué parentesco tiene	e con esa pers	iona?				
Time relation setting					WHITE ENDOUGHED				e N. N
Información Dental En las preguntas siguientes haga el fovor de marcar su respuesta con una (X) donde correspondo. Si No NS	Tiene alguna de estas (enfermedades o problemas:			(Marque NS si u	isted No Sabe la r	espuesta a esta p	regunta)	
Tos que produce sangre	Jul 19								
Ha estado en contacto con alguien que tiene tuberculosis si su respuesta es Si a cualquiera de estos 4 problemas, por favor deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista. Información Dental En los preguntos siguientes haga el favor de marcar su respuesta con una (X) donde corresponda. Si No NS Le sangran las encías cuando se cepilla o cuando usa seda dental? Le duelen los dentes con el fifo, calor, con los duices o al presionar? Le queda alimentos o seda dental atrapados entre los dientes? Le queda alimentos o seda dental atrapados entre los dientes? Le queda alimentos o seda dental atrapados entre los dientes? Le queda alimentos o seda dental atrapados entre los dientes? Le queda alimentos o seda dental atrapados entre los dientes? Le queda alimentos o seda dental atrapados entre los dientes? Le queda alimentos o seda dental atrapados entre los dientes? Le queda alimentos o seda dental atrapados entre los dientes? Le queda alimentos o seda dental atrapados entre los dientes? Le queda alimentos o seda dental atrapados entre los dientes? Le queda alimentos o seda dental atrapados entre los dientes? Le queda alimentos o seda dental atrapados entre los dientes? Le queda alimentos o seda dental atrapados entre los dientes? Le queda alimentos o seda dental atrapados entre los dientes? Le queda alimentos de ortodoncia (con apartos)? Le dueda le gua que le lega a su casa? Le tenido algin tratamientos entres dental anterior? Le tenido algin problema asociados con un tratamiento dental anterior? Le tenido algin problema asociados con un tratamiento dental anterior? Le tenido algin problema asociados de recesados al problemas. Si No NS Se encuentra abraba algo el cuidado de un médico? Teléfono: Incluyen code su visita al dentals: Si No NS Si No NS	Tos persistente de más d	de 3 semanas de duración							
Información Dental En los preguntos siguientes haga el favor de marcar su respuesta con una (X) donde corresponda. Si No NS Le sangran las enclas cuando se cepilla o cuando usa seda dental?	Tos que produce sangre						*************		🗀 🗀 🗀
Le sangran las encias cuando se cepilla o cuando usa seda dental?		이 없는데, 이번 이번에 나를 보면 이번에 가는 이번에 되었다. 그 이 부분이 되었다면 하는데, 그 나는데 하는데, 그는데 보다 그런데 하는데 되었다. 그 반에 되었다. 나를 되었다.							⊔ ⊔ ∟
Le sangran las encias cuando se cepilla o cuando usa seda dental?	X X			L Z J Sc				Water	
Le sangran las encias cuando se cepilla o cuando usa seda dental?	nformación	Dental En las pregun	tas siguientes haga el f		ar su respuesta con u	na (X) donde con	responda.		
Le duelen los dientes con el frío, calor, con los dulces o al presionar? Tiene algún rudo, salto o molestia en la mandibula?									
Le quedan alimentos o seda dental strapados entre los dientes?	Le sangran las encías cua	ando se cepilla o cuando usa se	eda dental?		Sufre de dolor de d	oídos o del cuello?	?		
Suffe de boca seca?	Le duelen los dientes cor	n el frío, calor, con los dulces o	al presionar?		Tiene algún ruido, s	salto o molestia e	en la mandībula?	*******************	
Ha tenido algún tratamiento periodontal (de la encía)?	Le quedan alimentos o se	eda dental atrapados entre los	dientes?		Tiene bruxismo o h	nace rechinar los o	dientes?		
Ha tenido tratamientos de ortorloncia (con aparatos)?	Sufre de boca seca?				Tiene lesiones o úle	ceras en su boca?)		
Ha tenido algún problema asociado con un tratamiento dental anterior?	Ha tenido algún tratamie	ento periodontal (de la encía)?			Usa dentaduras (pl	lacas) completas	o parciales?		🗆 🗆 🗆
Está fluorada el agua que llega a su casa?	Ha tenido tratamientos o	de ortodoncia (con aparatos)?		.000	Participa en activio	dades enérgicas d	le recreación?		0 0 0
Bebe usted agua embotellada o filtrada? Si es así, con qué frecuencia? Marque su respuesta con un circulo: A DIARIO / SEMANALMENTE Tiene dolor o molestias dentales en este momento? Cuãl es el motivo de su visita al dentista hoy? Cómo se siente con su sonrisa? Información Médica Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas. Si No NS Se encuentra ahora bajo el cuidado de un médico? Médico: Nombre () Dirección/Ciudad/Estado/Código: Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta? Si es así, qué condición le están tratando?	Ha tenido algún problem	na asociado con un tratamiento	dental anterior?		Ha sufrido alguna l	esión grave en la	cabeza o en la bo	ca?	0 0 0
Si es así, con qué frecuencia? Morque su respuesta con un círculo: A DIARIO / SEMANALMENTE / OCASIONALMENTE Tiene dolor o molestias dentales en este momento? Cuãi es el motivo de su visita al dentista hoy? Cômo se siente con su sonrisa? Información Médica Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas. Si No NS Si No NS Si No NS Si No NS Médico: Teléfono: incluya código del drea () si es así, cuál fue la enfermad o el problema? Dirección/Ciudad/Estado/Código: Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta? Si es así, qué condición le están tratando?	Está fluorada el agua que	e llega a su casa?			Fecha de su último	examen dental:			
Tiene dolor o molestias dentales en este momento? Cuál es el motivo de su visita al dentista hoy? Cómo se siente con su sonrisa? Información Médica Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) paro indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas. Si No NS Se encuentra ahora bajo el cuidado de un médico? Teléfono: Incluya código del drea Nombre () Dirección/Ciudad/Estado/Código: Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta? Si es así, que condición le están tratando?	Si es así, con qué frecue	ncia? Marque su respuesta cor							*1 **
Cúál es el motivo de su visita al dentista hoy? Cómo se siente con su sonrisa?		enwertweeth in Augustana on Augustan in 194			Fecha de su última	radiografía denta	al:		
Información Médica Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) paro indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas. Si No NS Se encuentra ahora bajo el cuidado de un médico? Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado/a en los últimos 5 años?								Seminare Company of the Company of t	
Información Médica Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas. Si No NS Se encuentra ahora bajo el cuidado de un médico? Médico: Teléfono: incluya código del área Nombre () Dirección/Ciudad/Estado/Código: Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta? Se encuentra usted sano/a? Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado/a en los últimos 5 años? Si es así, cuál fue la enfermad o el problema? Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta? Si es así, por favor indique cuáles son, incluyendo vitaminas, preparados naturales o a base de hierbas y/o suplementos dietéticos: Si es así, qué condición le están tratando?						51.			
Sí No NS Se encuentra ahora bajo el cuidado de un médico?	Cómo se siente con su s	onrisa?							
Sí No NS Se encuentra ahora bajo el cuidado de un médico?									
Sí No NS Se encuentra ahora bajo el cuidado de un médico?	Información	Médica Haga el favo	or de marcar su respues	sta con una (X	() para indicar si tiene	o ha tenido algui	na de las siguiente	es enfermedades (o problemas.
Médico: Nombre () Si es así, cuál fue la enfermad o el problema? Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta? Se encuentra usted sano/a? Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año? Si es así, qué condición le están tratando?				Sí No NS					
Nombre () Si es así, cuál fue la enfermad o el problema? Dirección/Ciudad/Estado/Código: Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta? Se encuentra usted sano/a? Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año? Si es así, qué condición le están tratando? Si es así, qué condición le están tratando?	Se encuentra ahora bajo	el cuidado de un médico?			시민들은 경기 시간에 가지 되면 사람들이 되었다. 그 사람들이 되었다. 그 그 그 그 그 그 그 그 그 그 그 그 그 그 그 그 그 그 그	그런 그리아 아이트를 잃었다면서 되었다면 하다 하다 하다 하는 바쁜 것을 하다 하다면 없다.	The second secon		
Dirección/Ciudad/Estado/Código: Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta? Se encuentra usted sano/a? Si es así, por favor indique cuáles son, incluyendo vitaminas, preparados naturales o a base de hierbas y/o suplementos dietéticos: Si es así, qué condición le están tratando?			Teléfono: Incluy	a código del área				**********	
Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta? Se encuentra usted sano/a? Sí es así, por favor indique cuáles son, incluyendo vitaminas, preparados naturales o a base de hierbas y/o suplementos dietéticos: Sí es así, qué condición le están tratando?		lo/Código:	* 5						
Se encuentra usted sano/a? Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año? Sí es así, por favor indique cuáles son, incluyendo vitaminas, preparados naturales o a base de hierbas y/o suplementos dietéticos: Si es así, qué condición le están tratando? Sí es así, por favor indique cuáles son, incluyendo vitaminas, preparados naturales o a base de hierbas y/o suplementos dietéticos:		·		u u			550		
Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año?									
Si es así, qué condición le están tratando?	Se encuentra usted sand	o/a?		.000					IS
	Ha habido algún cambio	en su salud general durante el	último año?		naturales o a base	de nierbas y/o su	ipiementos dietet	COS.	
Fecha de su último examen médico:	Si es así, qué condición l	e están tratando?							
Fecha de su último examen médico:					A VV - V - V - V - V - V - V - V -				
recha de su ultimo examen medico.	Facha da a dire			3 . 1			70		
	recha de su ultimo exam	nen medico:							

Información Médica Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas. (Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta) Sí No NS Sí No NS Usa lentes de contacto? Usa sustancias reguladas (drogas)? Articulaciones Artificiales. Ha tenido algún reemplazo ortopédico total Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)? de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)? Si es así, le interesaría dejar de hacerlo? Marque con un círculo: MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación? _____ Bebe bebidas alcohólicas? Está tomando o tiene que empezar a tomar un agente antirresortivo (como Fosamax®, Actonel®, Atelvia, Išoniva®, Reclast, Prolia) debido Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas? _____ a osteoporosis o a enfermedad de Paget? Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana? _____ Desde el año 2001, ha sido tratado/a o está actualmente en lista para comenzar SÓLO MUJERES Está usted: tratamiento con un agente antirresortivo (como Aredia®, Zometa®, XGEVA) Embarazada?.... para dolor óseo, hipercalcemia o complicaciones esqueléticas derivadas de la Número de semanas: enfermedad de Paget, mieloma múltiple o cáncer metastásico? Fecha del comienzo del Tratamiento: Amamantando?..... Alergias. Es usted alérgico - o ha tenido alguna reacción - a: SÍ No NS En todas las respuestas **afirmativas**, especifique el tipo de reacción. **Sí No NS** Metales Látex (goma) _____ Aspirina _____ 🗆 🗆 🗆 Yodo _____ Polen (fiebre del heno)/estacional_____ Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir _____ Animales _____ Sulfas _____ Alimentos _____ Codeína u otros narcóticos _____ Otros _____ Por favor marque con una (X) su respuesta para indicar si usted ha tenido o no ha tenido algunas de estas enfermedades o problemas. Sí No NS Sí No NS SÍ No NS Artritis reumatoidea...... Previa endocarditis infecciosa Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática..... Válvulas dañadas en corazón transplantado Lupus eritematoso sistémico 🗆 🗆 🗆 Epilepsia..... Enfermedad cardíaca congénita (ECC) Desmayos o ataques epilépticos 🗆 🗆 Asma ECC cianótica, sin reparar..... Bronquitis Reparada en los últimos 6 meses (completamente) Si es así, especifique:_____ ECC reparada con defectos resicuales Alteraciones del sueño...... Usted ronca? □ □ □ Aparte de las condiciones en la lista ce arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis Tuberculosis..... antibiótica para ninguna otra forma de ECC. Alteraciones mentales..... Cáncer/Quimoterapia/ Especifique: _____ Sí No NS SÍ No NS Radioterapia Enfermedad cardiovascular [] Prolapso de la válvula mitral Dolores de pecho Tipo de infección: _____ Angina...... por esfuerzo Alteraciones renales...... Arterioesclerosis...... Fiebre reumática Dolor crónico. Insuficiencia cardíaca Enfermedad cardíaca Diabetes Tipo I o II reumática..... Osteoporosis..... Trastornos de alimentación Sangramiento anormal..... Inflamación persistente de los Daño en las válvulas cardíacas... [] Malnutrición ganglios del cuello...... Anemia 🗆 🗆 🗆 Infarto del miocardio...... Enfermedad gastrointestinal..... Cefaleas graves/jaquecas...... Soplo en el corazón Transfusión sanguínea..... 🗆 🗆 🗆 Reflujo G.E./ardor persistente .. \square Si es así, fecha: _____ Pérdida de peso severa o rápida.. 🗆 🗀 🗀 Presión arterial baja 🗆 📋 🗆 Úlceras Hemofilia Enfermedades venéreas Presión arterial alta SIDA o infección por VIH...... Alteraciones de la tiroides...... Orina en forma excesiva...... Otros defectos congénitos del corazón 🗆 🖂 🖂 Artritis..... Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental? Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó: Teléfono: Incluya código del área Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber? Explique por favor: NOTA: Se encarece tanto al doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes del tratamiento. Certifico que he leído y comprendido lo que aparece más arriba y que la información entregada en este formulario es exacta. Comprendo la importancia de que la historia de salud sea fidedigna y de que mi dentista y su personal puedan confiar en ella para realizar mi tratamiento. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizaré a mi dentista ni a ningún miembro de su personal por las acciones que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completa: este formulario. Firma del Paciente/Apoderado: Fecha: Firma del proveedor.: Fecha: A SER COMPLETADO POR EL ODONTÓLOGO/A Comentarios: