

**Baker Victory Dental Center**  
**Historial Médico Eaglesoft**

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Fecha de producción:

Si bien el personal dental trata principalmente el área de la boca y sus alrededores, la boca forma parte de su cuerpo entero. Los problemas de salud que usted pudiera tener, así como los medicamentos que pudiera estar tomando, podrían tener una interrelación importante con la odontología que usted ha de recibir. Le agradecemos contestar las siguientes preguntas.

- ¿Se encuentra bajo tratamiento médico en estos momentos?  Sí  No En caso afirmativo
- ¿Se le ha hospitalizado alguna vez o se le ha hecho una operación mayor?  Sí  No En caso afirmativo
- ¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o el cuello?  Sí  No En caso afirmativo
- ¿Está tomando algún medicamento, píldoras o fármacos?  Sí  No En caso afirmativo
- ¿Está tomando o ha tomado alguna vez Phen-Fen o Redux?  Sí  No En caso afirmativo
- ¿Ha tomado alguna vez Fosamax, Boniva, Actonel o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos?  Sí  No En caso afirmativo
- ¿Se encuentra en una dieta especial?  Sí  No
- ¿Usa tabaco?  Sí  No

Mujeres: ¿Está usted

- Embarazada o tratando de quedar embarazada?  Amamantando?  Tomando anticonceptivos orales?

¿Es alérgico a cualquiera de los siguientes:

- Aspirina  Penicilina  Codeína  Acrílicos
- Metal  Latex  Medicamentos con sulfá  Anestesia local

¿Otro?  En caso afirmativo

¿Usa sustancias bajo control?  Sí  No En caso afirmativo

Tiene o ha tenido cualquiera de lo siguiente:

SIDA/VIH positivo <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Medicina con cortisona <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hemofilia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tratamiento de radiación <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Enfermedad de Alzheimer <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Diabetes <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hepatitis A <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Pérdida de Peso Reciente <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Anafilaxis <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Adicción a las drogas <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hepatitis B o C <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Diálisis renal <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Anemia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Cansancio rápido <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Herpes <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Fiebre reumática <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Angina <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfisema <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Presión arterial alta <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Reumatismo <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Artritis/Gota <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Epilepsia o convulsiones <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Colesterol alto <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Fiebre escarlatina <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Válvula artificial en el corazón <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Sangrado excesivo <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Urticaria o erupción <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Herpes (Shingles) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Articulación artificial <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Sed excesiva <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hipoglucemia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad de células falciformes <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Asma <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Desmayos o mareos <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Latido irregular <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Sinusitis <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Enfermedad sanguínea <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tos frecuente <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Problema en los riñones <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Espina Bífida <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Transfusión sanguínea <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Diarrea frecuente <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Leucemia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad estomacal / intestinal <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Problemas respiratorios <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Dolor de cabeza frecuente <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad Hepática <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Derrame cerebral <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Se moretea con facilidad <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Herpes genital <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Presión arterial baja <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hinchazón de las extremidades <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Cáncer <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Glaucoma <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad de los pulmones <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad de la tiroides <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Quimioterapia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Fiebre de heno <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Prolapso de la válvula mitral <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Amigdalitis <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Dolor de pecho <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Ataque o falla de corazón <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Osteoporosis <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tuberculosis <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Ampollas labiales <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Soplo del corazón <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Dolor en articulaciones de la mandíbula <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tumores <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Enfermedad congénita del corazón <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Marcapasos en el corazón <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad en la paratiroides <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Úlceras <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Convulsiones <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Problemas o enfermedad del corazón <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Cuidado psiquiátrico <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad venérea <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
			Ictericia amarilla <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no se ha listado aquí?  Sí  No En caso afirmativo

Comentarios:

Según mi mejor conocimiento, las preguntas de este formulario han sido respondidas con exactitud. Comprendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental sobre cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre de familia o guardián:

X

Fecha: \_\_\_\_\_