

## FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 11. ¿Ha tenido sangrado anormal? .....   | Sí | No |
| a. ¿Alguna vez has requerido una transfusión de sangre? .....  | Sí | No |
| 12. ¿Tiene algún trastorno de la sangre como anemia, trombocitopenia, etc? .....   | Sí | No |
| 13. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento para un tumor o crecimiento? .....   | Sí | No |
| 14. ¿Ha recibido radioterapia en la cabeza, el cuello o las mandíbulas? .....  | Sí | No |
| 15. Es usted alérgico o ha tenido una reacción a:  |    |    |
| a. Anestésicos locales .....   | Sí | No |
| b. Penicilina o antibióticos .....   | Sí | No |
| c. Sulfa medicamentos .....  | Sí | No |
| d. Barbitúricos o pastillas para dormir .....  | Sí | No |
| e. Aspirina .....  | Sí | No |
| f. Yodo .....  | Sí | No |
| g. Codeína u otros narcóticos .....  | Sí | No |
| h. Látex o productos de caucho .....   | Sí | No |
| i. Otros .....   | Sí | No |
| 16. ¿Ha tenido algún problema grave asociado con un tratamiento dental anterior? .....   | Sí | No |
| Si es así, explique: _____   | Sí | No |
| 17. ¿Tiene alguna otra afección o enfermedad que el médico deba conocer? .....   |    |    |
| Si es así, explique: _____   | Sí | No |
| 18. ¿Fuma o mastica tabaco? .....  |    |    |
| ¿Cuánto fuma? _____  | Sí | No |
| 19. ¿Existe algún antecedente de alcohol o dependencia química o trastorno emocional que puede afectar la atención que le brindamos? ..... | Sí | No |
| 20. ¿Estás usando lentes de contacto? .....  | Sí | No |
| 21. ¿Estás usando aparatos dentales removibles? .....  | Sí | No |
| 22. ¿Desea hablar en privado con el médico sobre algo? .....   | Sí | No |

### Mujer

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 23. ¿Está embarazada o tratando de quedar embarazada? .....    | Sí | No |
| 24. ¿Tiene problemas asociados con su período menstrual? ..... | Sí | No |
| 25. ¿Estás amamantando? .....                                  | Sí | No |
| 26. ¿Estás tomando pastillas anticonceptivas? .....            | Sí | No |
| 27. ¿Último periodo menstrual? _____                           |    |    |

### ¿Cuál es la razón principal de su visita?

---



---



---

Yo autorizo a mi cirujano y a la persona que el haya designado de su staff, a realizar una evaluación oral y maxilofacial para el propósito de diagnóstico y plan de tratamiento. De esta forma yo autorizo a que tomen todos los rayos X requeridos como parte necesaria de esta evaluación. Adicionalmente, si es medicamente necesario, yo autorizo a la liberación de cualquier información adquirida en el curso de mi evaluación y tratamiento a mi otros doctores y/o compañías de seguros.

He leído y entendido lo de arriba. Cualquier pregunta que haya tenido sobre este formulario ha sido respondida y entiendo las respuestas. Entiendo que es mi responsabilidad llenar el formulario de manera correcta y complete

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_