



Historial Médico

Graystone Family Dental
 3421 Graystone Pl SE
 Conover, NC 28613
 (828)328-3418

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Los problemas de salud que pueda tener o los medicamentos que este tomando, podrían tener una relación importante con el tratamiento que recibirá. Le agradecemos que responda las siguientes preguntas.

- Esta bajo el cuidado de un médico ahora ? Si ___ No ___ Nombre: _____
- Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una operación importante? Si ___ No ___
 Que tipo? _____
- Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello? Si ___ No ___
- Esta tomando medicamentos o pastillas? Si ___ No ___
 Indique cuales: _____
- Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva , Actonel o algún otro medicamento que contenga bifosfonato? Si ___ No ___
- Fuma ? Si ___ No ___ cuantos al día? _____
- Está embarazada, tratando o amamantando? Si ___ No ___ Está tomando anticonceptivos? Yes ___ No ___

Padece algun tipo de alergia? Si ___ No ___

Penicilina u otros antibióticos ___ Barbitúricos y sedantes ___ Anestésicos locales ___
 Codeína y narcóticos ___ Látex ___ Metales ___ Otros ___

Usa sustancias controladas? Si ___ No ___ Cuales? _____

Padece o ha padecido alguna enfermedad infecciosa? Si ___ No ___

Varicela ___ Meningitis ___ Tuberculosis ___ Enfermedades de transmisión sexual (ETS) ___
 VIH-SIDA ___ Hepatitis (A,B,C) ___

Tiene o ha tenido alguno de los siguientes procesos u enfermedades? Marque con una X

Diabetes	Hipertensión	Colesterol alto	Marcapasos	Herpes labial/ampollas
Hipoglucemia	Problemas respiratorios	Dolor mandibular	Tos frecuente	osteoporosis
Anemia	Cáncer	Glaucoma	Enfermd. Del corazón	Ataque/fallo cardiaco
Angina	Quimioterapia	Soplo cardíaco	Probl. Del corazón	Hemofilia
Artritis	Dolores en el pecho	Problemas renales	Anafilaxia	Leucemia
Valvula artificial corazón	Convulsiones	Enfermd del hígado	Diarrea frecuente	Urticaria o sarpullido
Articulación artificial	Adicción a drogas	Enferm pulmonar	Dialisis renal	Reumatismo
Asma	Epilepsia o convulsiones	Herpes zoster	Sinusitis	Derrame cerebral
Enfermedad de la sangre	Sed excesiva	Úlceras	Tumores	Enfermedad pulmonar
Transfusión de sangre	Desmayos o mareos	Enfísema	Otros:	

Las preguntas en este formulario han sido respondidas con precisión y entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud y es mi responsabilidad informar de cualquier cambio en mi estado medico.

FIRMA DEL PACIENTE