



**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**