

# Medical History for New Patient

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nombre de su médico: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Contacto de Emerg. \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Lista de medicamentos que toma actualmente

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Tiene alguna de estas alergias?

Y N

- Anestesia  
  Aspirina  
  Codeina  
  Ibuprofeno

Y N

- Yodo  
  Latex  
  Penicilina  
  Sulfa

**Otras:**

Tiene alguna de las siguientes condiciones medicas?

Y N

- Asma  
  Problemas de sangrado  
  Cancer  
  Diabetes  
  Soplo Cardiaco  
  Problema Cardiaco  
  Presión Alta  
  Reemplazo de Articulación  
  Enfisema  
  Osteoporosis

Y N

- Enfermedad de Riñón  
  Enfermedad del Hígado  
  Embarazo  
  Tratamiento Psiquiatrico  
  Sinusitis  
  Accidente cerebrovascular/Stroke  
  Ulceras  
  Fiebre Reumatica  
  Epilepsia  
  Problema de la Tiroides

**Other :**

Usa tabaco? si lo hace, que clase y cantidad? \_\_\_\_\_

Reacción a anestesia dental? \_\_\_\_\_

Motivo de su visita? \_\_\_\_\_ Tiene dolor? \_\_\_\_\_

**Pacientes Nuevos**

Tiene radiografias panorámica o de toda la boca en los ultimos 5 años? \_\_\_\_\_

Tiene radiografias de mordida tomadas en el último año? \_\_\_\_\_

Dentista anterior? \_\_\_\_\_ Ciudad? \_\_\_\_\_

Fechas último exam y limpieza? \_\_\_\_\_

Date: 02/14/2024

Firma \_\_\_\_\_