

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 Hgado
 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? _____

Fecha último exam y limpieza? _____

Date: 02/14/2024

Firma _____