

HISTORIA DE SALUD

INFORMACIÓN ACTUAL

Nombre: _____

Tiene un médico personal? SI O NO _____

Nombre del médico: _____

#de Telephono _____ Ultima Visita: _____

Se encuentra actualmente bajo el cuidado de un médico? Si o NO _____

En caso afirmativo, explique _____

¿Está tomando cualquier prescripción / medicamentos de venta libre? SI o NO Por favor, indique cada uno: _____

PARA MUJERES

¿Está tomando el control de la natalidad? SI o NO _____

¿Estas embarazada? SI o NO Semana # _____

¿Está amamantando? SI o NO _____

HISTORIAL MÉDICO

¿Usted ha tenido cualquiera de las enfermedades o problemas médicos SIGUIENTES?

S / N Sida	S / N Epilepsia	S / N Esclerosis múltiple
S / N Alergias (véase la lista superior izquierda)	S / N Sangrado excesivo	S / N Marcapasos
S / N Anemia	S / N Desmayo	S / N Tratamiento de radiación
S / N Artritis	S / N Ampollas de fiebre	S / N Problemas respiratorios
S / N artificial articulaciones	S / N Glaucoma	S / N Fiebre reumática
S / N artificiales Válvulas	S / N Crecimientos	S / N Reumatismo
S / N Asma	S / N Fiebre de heno	S / N Problemas del síno
S / N Enfermedad de la sangre	S / N Ataque al corazón	S / N Problemas estomacales
S / N Cancer	S / N Arritmia cardíaca	S / N Derrame Cerebral
S / N Herpes labial	S / N Enfermedad del riñón	S / N Tuberculosis
S / N Corazón congénial	S / N Enfermedad del hígado	S / N Tumores
S / N Diabetes	S / N Enfermedad del hígado	S / N Ulceras
S / N Mareos	S / N Desordenes mentales	S / N Enfermedad venérea
S / N Abuso de drogas/alcohol	S / N Prolapso mitral	
	Valor	

Por favor anote cualquier condición médica grave (s) que usted ha tenido alguna vez que no están en la lista.

ALERGIAS

Es usted alérgico a cualquiera de los medicamentos siguientes?

S / N Amoxicilina	S / N Darvon	S / N Epinephrine	S / N Nitroso
S / N Asprina	S / N Demerol	S / N Ibuprofen	S / N Penicilina
S / N Ceclor	S / N Los anestésicos dentales	S / N Keflex	S / N Sulfamidas
S / N Codeine	S / N Erythomycin	S / N Latex	S / N Tetraciclina

Otros: _____

SALUD ORAL ACTUAL

Por favor conteste todas las preguntas para ayudarnos mejor servirle

¿Cuánto tiempo hace desde que a visitado al dentista? _____

¿Tiene o ha tenido sangrado o encías sensibles? _____

¿Alguna vez ha usado o está usando ahora el tabaco o el alcohol? _____
Frecuencia _____

Por favor describir sus hábitos de limpieza con cepillo/hilo dental _____

RECONOCIMIENTO DEL QUESTIONARIO DE SALUD

CERTIFICO que las respuestas a las preguntas anteriores son exactos y correctos A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO. Puesto que un cambio en mi condición médica o en los medicamentos que toma, puede afectar el tratamiento dental, entiendo la importancia y me comprometo a asumir la responsabilidad de notificar el dentista de cualquier cambio en las citas posteriores.

Firma: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDER

Yo autorizo al Dr. Utley o tales asociadas o asistentes que designe para llevar a cabo estos procedimientos que se consideren necesarios o convenientes para mantener mi salud dental o la salud dental de cualquier persona menor de edad o de otro tipo por el que tengo la responsabilidad, incluida la disposición y / o la administración de cualquier analgésico sedante, (incluyendo el óxido nitroso,) terapéutica, o tratamientos quirúrgicos.

Yo entiendo que la administración de anestesia local puede causar una reacción adversa o efectos secundarios, que pueden incluir, pero no se limitan a, magulladuras, hematomas, estimulación cardíaca y temporal o rara vez, entumecimiento permanente y el dolor muscular. Entiendo que es posible que las agujas se rompan durante la administración de anestesia local y que la recuperación quirúrgica de la aguja puede ser necesario.

Yo voluntariamente asumo cualquier y todos los riesgos posibles, incluyendo el riesgo de daño sustancial y grave, si los hay, que puede estar asociado con los procedimientos de tratamiento preventivas y operativas generales en la esperanza de obtener el potencial de los resultados deseados, que pueden o no pueden conseguirse, para mi beneficio o el beneficio de mi hijo menor de edad o de barrio. Reconozco que la naturaleza y la finalidad de los procedimientos anteriores se han explicado a mí si es necesario y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____