

OFICINA DENTAL DR. JUAN I. IRIZARRY

HISTORIAL MEDICO-DENTAL

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre _____
 Dirección Física _____
 Dirección Postal _____
 Tel Res. _____ Celular _____ Oficina _____
 Ocupación _____ Ciudadanía _____ Estado Civil _____ Sexo _____ Seg.Social XXX-XX- _____
 Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Estatura _____ Peso _____ email _____
 En caso de Emergencia notificar a _____ Parentesco _____ Núm Tel _____

Marque con una X las condiciones que usted haya padecido o padece

GENERAL	SISTEMA RESPIRATORIO	SISTEMA NERVIOSO	OTROS	
<input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Sangrado por la nariz <input type="checkbox"/> Fiebres persistentes <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Cambios visuales <input type="checkbox"/> Cambio color de piel <input type="checkbox"/> Cambios marcados en peso	<input type="checkbox"/> Tos frecuente <input type="checkbox"/> Asma (fatiga) <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Efisema <input type="checkbox"/> Alergia nasal <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar al estar acostado <input type="checkbox"/> Enfermedad de los pulmones	<input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Trombosis <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Adormecimientos <input type="checkbox"/> Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Mononucleosis <input type="checkbox"/> Herpes <input type="checkbox"/> Sida Cualquier otra condición no mencionada, especifique: _____	
<u>SIST. CARDIOVASCULAR</u>	<u>SISTEMA SANGUÍNEO</u>	<u>SISTEMA URINARIO</u>	Es usted alérgico o ha padecido cualquier reacción a	
<input type="checkbox"/> Corazón <input type="checkbox"/> Soplo <input type="checkbox"/> Presión alta <input type="checkbox"/> Presión baja <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> Marcapaso <input type="checkbox"/> Cirugía del Corazón <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho (angina) <input type="checkbox"/> Válvula Artificial <input type="checkbox"/> Hinchazón de los tobillos <input type="checkbox"/> Fragilidad Capilar	<input type="checkbox"/> Hemorragias <input type="checkbox"/> Anemia o hemofilia <u>SISTEMA DIGESTIVO</u> <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Cambios de apetito <input type="checkbox"/> Ulceras <input type="checkbox"/> Hígado <u>SISTEMA ENDOCRINO</u> <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides <input type="checkbox"/> Historial familiar de diabetes Otro: _____	<input type="checkbox"/> De los riñones <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas <input type="checkbox"/> Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Ardor al orinar <input type="checkbox"/> Aumento en la frecuencia al orinar <u>MUSCULAR /HUESO</u> <input type="checkbox"/> Muscular <input type="checkbox"/> Artritis o reumatismo <input type="checkbox"/> Prótesis artificiales	SI	NO
			Anestésicos locales	_____
			Aspirina	_____
			Sedativos	_____
			Pastillas para dormir	_____
			Penicilina	_____
			Drogas Sulfas	_____
			Codeína	_____
			Otros Antibióticos:	_____
			Otras alergias:	_____

Marque con una X aquellas preguntas que le sean aplicables

_____ ¿Está bajo tratamiento médico?	_____ ¿Fuma usted cigarrillos?	_____ ¿Toma bebida alcohólicas frecuentemente?
_____ ¿Está tomando alguna medicina?	_____ ¿Fuma usted pipa?	_____ ¿Es usted dependiente de drogas?
_____ ¿Se ha sometido a alguna operación?	_____ ¿Mastica usted tabaco?	_____ ¿Ha recibido transfusiones de sangre?

Marque con una X aquellas situaciones que indiquen el motivo de su visita

<input type="checkbox"/> Desea examinarse <input type="checkbox"/> Cambios en su mordida <input type="checkbox"/> Estética <input type="checkbox"/> Se le cayó una restauración <input type="checkbox"/> Hinchazón <input type="checkbox"/> Cambios en su mordida	<input type="checkbox"/> Desea reparar dentadura <input type="checkbox"/> Dolor de oído <input type="checkbox"/> Mal aliento <input type="checkbox"/> Ulceras frecuentes <input type="checkbox"/> Ardor en la lengua o labio <input type="checkbox"/> Desea reparar puente	<input type="checkbox"/> Necesita extracciones <input type="checkbox"/> Desea arreglarse caries <input type="checkbox"/> Desea ponerse braces <input type="checkbox"/> Dolor fuerte que se alivia con pastillas	<input type="checkbox"/> Sangra por las encías <input type="checkbox"/> Dolor cuando mastica <input type="checkbox"/> Desea hacerse una limpieza <input type="checkbox"/> Dificultad de abrir o cerrar la mandíbula
--	---	--	--

Mujeres solamente.- Marque con una X si aplica

_____ ¿Está en estado de embarazo?	_____ ¿Está menstruando hoy?	_____ ¿Se le ha ido la regla permanentemente?	_____ ¿Tiene hijos?
------------------------------------	------------------------------	---	---------------------

¿Cuándo fue la última vez que visitó al dentista _____ Nombre de su Médico _____ Tel. _____

Consentimiento: A mi mejor entender, todo lo antes expuesto es correcto y será mi deber informarle al dentista de cualquier cambio en mi estado de salud o medicación.

Firma del Paciente _____ Firma del Padre _____ Fecha _____