

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Historia Médica**

Nombre del médico familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono del médico: \_\_\_\_\_ Fecha de su última visita: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún problema de salud actual? **Si** \_\_\_ **No** \_\_\_ Explique si es si: \_\_\_\_\_

¿Toma algún medicamento? **Si** \_\_\_ **No** \_\_\_ Indique cuales si es si: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna enfermedad seria/ operaciones/ transfusión de sangre? **Si** \_\_\_ **No** \_\_\_ Explique si es si: \_\_\_\_\_

¿Está embarazada? **Si** \_\_\_ **No** \_\_\_ Día de espera: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

¿Está dando pecho? **Si** \_\_\_ **No** \_\_\_ ¿Está tomando anticonceptivos? **Si** \_\_\_ **No** \_\_\_

¿Tiene alergias? **Si** \_\_\_ **No** \_\_\_ Explique si es si: \_\_\_\_\_

**Indique si tiene o ha tenido las siguientes condiciones:**

Problemas de Atención	Desmayos	Fiebre Reumática	Anemia
Glaucoma	Dificultad para respirar	Artritis, Reumatismo	Dolores de Cabeza
Célula de la Hoz	Válvulas Cardíacas Artificiales	Soplo cardíaco	Erupción Cutánea/Sarpullido
Articulaciones Artificiales	Problemas del Corazón	Ataque al Corazón	Asma
Hemofilia	Hinchazón de Pies/Tobillos	Enfermedades de la Sangre	Problema de Tiroides
Cáncer	Presión de Sangre Alta	Amigdalitis	Quimioterapia
Hábito del Tabaco	Enfermedad de Riñón	Tuberculosis	Problemas Circulatorios
Dependencia Química	Enfermedad de Hígado	Úlcera	Tratamientos con Cortisona
VIH/SIDA	Prolapso de la Válvula Mitral	Enfermedades Venéreas	Tos (Persistente)
Marcapasos	Neumonía	Tratamiento de Radiación	Enfermedad Respiratoria
Epilepsia/Convulsiones	Tipo de Hepatitis _____	Autismo	Depresión/Ansiedad

**Usted:**

¿Fuma Tabaco? <b>Si</b> ___ <b>No</b> ___ Años ___	Masticas Tobacco? <b>Si</b> ___ <b>No</b> ___ Años? ___	Pipas/Cigarros <b>Si</b> ___ <b>No</b> ___ Años ___
¿Toma Alcohol? <b>Si</b> ___ <b>No</b> ___	Bebe agua que no está filtrada? <b>Si</b> ___ <b>No</b> ___	Come botanas 4 o más veces por dia? <b>Si</b> ___ <b>No</b> ___
¿Cuántas veces por semana? _____		

**¿Tiene actualmente algún problema o utiliza alguno de los productos a continuación? (marque todos los que correspondan)?**

hinchazón de los dientes	Mal sabor de boca	Sangrado de las encías	Dientes flojos
Sensibilidad a lo caliente	Sensibilidad al frío	Sensibilidad a lo dulce	Sensibilidad al morder/presión
Pasta dental con receta	Productos de Xilitol	Clorhexidina	Otros productos de fluoruro

La información anterior es exacta y completa al mejor de mi conocimiento. No voy a mantener mi dentista o algún miembro de su personal responsable de los errores que se hayan hecho en la realización de este formulario. La firma abajo da mi consentimiento al dentista de Hintz Family Dentistry, PC para realizar los procedimientos dentales.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del padre o tutor si es menor de edad:** \_\_\_\_\_