

Historial Médico

¿Ahora está usted bajo cuidado de un médico? Sí No Si " sí ", explicar: _____
 ¿Está usted en buena salud? Sí No Si " no ", explicar: _____
 Le han hospitalizado o tenía cualquier cirugía importante? Sí No Si " sí ", explicar: _____

¿Usted ha tenido lesión seria de la cabeza o del cuello? Sí No Si " sí ", explicar: _____
 ¿Usted está tomando medicaciones, píldoras, o drogas? Sí No Si " sí ", explicar: _____

¿Usted está toma , o usted ha tomado, Phen-Fen o Redux? Sí No _____

¿Está usted en una dieta especial? Sí No _____

¿Usted toma los antibióticos antes de citas dentales? Sí No Si " sí ", ¿qué usted toma? _____

¿Usted fuma o mastica el tabaco? Sí No

¿Usted utiliza sustancias controladas? Sí No

¿Usted ha tenido una reacción desfavorable después de un tratamiento dental?

Sí No

Mujer : Es usted embarazada ?

piensa quedar embarazada?

amamantamiento ?

tomando los contraceptivos orales?

¿Es usted alérgico a cualquiera del siguiente?

Penicilina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Valium	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anestésicos Locales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tetracycline	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Percodan	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Blanqueo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Erythromycin	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Codeine	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Limpiadores de Casa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sulfa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hydrocodone/Vicodin	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desinfectantes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Aspirina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Clavos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Metal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ibuprofen/Advil	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Látex	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Acrílico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Usted tiene alergias que no estén en la lista?

¿Usted tiene, o usted ha tenido, cualquiera del siguiente?

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida : (SIDA) / (VIH)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sangrando Crónico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuidado Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Angina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sed Excesiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Terapia de Radiación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Aartritis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Vértigos / Desmayo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pérdida Reciente del Peso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Válvula Artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tos Crónico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diálisis Renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Empalme Artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diarrea Crónico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ataque Cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Reumatismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de la Sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo Cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mielomeningocele	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Transfusión de Sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos Cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del Estomago	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Falta de Respiración	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hemofilia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Contusionado Fácilmente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Miembros Hinchados	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedades Tiroideas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cortisone Medicine	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión Sanguínea Alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabético	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Urticaria o Sarpullido	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tumores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Adicción a Drogas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipoglicemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlceras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fácilmente fuera de la respiración	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión Sanguínea Baja	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad Venerea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad Pulmonar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ictericia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Epilepsia /Convulsión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prolapso de Laválvula Mitral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		Dolor en quijada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		Enfermedad Paratiroidea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

¿Usted ha tenido cualquier enfermedad que no se enumere arriba? Sí No Si " sí ", explicar : _____

¿En caso de que de la emergencia quién puede llamemos?

Nombre : _____ Teléfono : _____

CONSENTIMIENTO PARA LA EXAMINACIÓN

Consiento permitir a los doctores y al personal de **Contra Costa Endodontics** para obtener la información adecuada para diagnosticar mi condición. Esto puede incluir la producción de radiografías, realizando pruebas de diagnóstico, administrando los anestésicos locales, y comunicándose con otros abastecedores del healthcare implicados en mi tratamiento .

Fecha: _____ Firma : _____

FIRMA (Si usted es menor de 18 años , los padres o el guardian legal tiene que firmar)