

Cuestionario de Salud del Adulto

Fecha de Hoy _____
 Nombre Completo * _____
 Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo Unkno SSN _____ email _____
 Domicilio _____ Teléfono de Casa # _____
 _____ Teléfono del Trabajo # _____
 _____ Teléfono Móvil # _____

Médico _____

Teléfono del Médico # _____

Fecha del Último Examen Físico _____

¿Ha tenido alguna enfermedad grave, hospitalización o accidente? Sí No

En caso afirmativo, describa: _____
 ¿Usted ha tenido una reacción alérgica a la siguiente:

Anestésicos Dentales La Penicilina Las Sulfonamidas Codeína Aspirina/Ibuprofeno LÁTEX
 Otros Antibióticos Colorantes Comida Acetaminofeno Otros Medicamentos Ninguno

¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes condiciones? *Por favor marque los que aplican:*

Enfermedades del Corazón	Hepatitis	Trastorno del Riñón	Trastorno Bipolar	Uso del Tabaco
Soplo en el Corazón	Enfermedad Hepática	Diálisis	Depresión	Consumo de Alcohol
Ataque del Corazón	Enfermedades Respiratorias	Anemia	Ansiedad	Uso Ilícito de Drogas
Hipertensión	Asma	La anemia de Células Falciformes	Problemas Alimentarios	
Angina	Enfisema / Bronquitis	Problemas de Sangrado	Demencia	
Cirugía Cardíaca	Apnea del Sueño	Artritis	HIV+ or AIDS	Mujeres
Válvula de Corazón	Diabetes	Reemplazo de Articulaciones	Cáncer	Embarazada
Prolapso de Válvula Mitral	Problema de la Tiroides	Fibromialgia	Tratamiento del Cáncer	La Lactancia
Accidente Cerebrovascular Médica	Síndrome de Sjogren	Lupus	Para Sordos	
Epilepsia	Osteoporosis	GERD	Trasplante de Órganos	
Convulsiones	Glaucoma	Tuberculosis	Medicamentos con Cortisona	

Marque la casilla si usted tiene cualquier enfermedad, condición o problema que no aparezca listado arriba:

Lista de todos sus medicamentos: _____ _____ _____	Sólo para uso oficial: BP _____ mmHg Pulso _____ bpm Peso _____ lbs.
---	--

Entiendo que la información anterior es necesaria para proveerme con el cuidado dental de una manera segura y eficiente. He respondido a todas las preguntas al mejor de mi conocimiento. Que necesiten más información deben promover, tienes mi permiso para pedir al proveedor de salud respectiva, quien podrá divulgar dicha información. Voy a notificar al médico de cualquier cambio en mi salud o medicación.

Doy mi consentimiento para el examen del médico y diagnósticos necesarios para el tratamiento, incluyendo radiografías.

Firma del Paciente: _____

Firma del Médico / personal: _____

Bienvenidos y gracias por dejarnos preocuparnos por tu sonrisa!



Cuando la calidad y la materia de confort, la ELECCIÓN es simple.