

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

## *HISTORIA CLINICA*

1. ¿Se encuentra en buena salud? Sí    No

2. ¿Ha habido algún cambio en su salud en los últimos seis meses? Sí    No

En caso afirmativo, explique:

---

3. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado, había una importante operación o enfermedad grave en los últimos seis meses? Sí    No

En caso afirmativo, explique:

---

4. Fecha de su última visita al médico? \_\_\_\_\_ Razón por última visita

---

5. ¿Está usted actualmente recibiendo tratamiento o atención médica regular por su médico? Sí    No

En caso afirmativo, por cual condición(es)?

---

6. Por favor, apuntar medicamentos que estas tomando:

---

---

---

7. ¿Estas tomando o has tomado Fosamax o algo relacionado con osteoporosis? Sí    No

8. ¿Solamente Mujeres: Estas embarazada o piensas que puedas estar? Sí    No

9. Por favor, apuntar alergias que tienes:

---

---

10. ¿Hay algunos otros problemas con su salud que reconoces? Si    No

En caso afirmativo, explique:

---

11. Email para recordatorios de citas: \_\_\_\_\_

### **FIRMA DEL PACIENTE:**

Entiendo la necesidad de estas preguntas y el deber de responder con sinceridad. Al mejor de mi conocimiento, las respuestas que he dado son correctas. También entiendo que es muy importante para informar de cualquier cambio en mi estado médico o dental al dentista lo antes posible, y estoy de acuerdo para hacerlo. Doy mi permiso al dentista para obtener de mi médico o al dentista, cualquier información adicional con respecto a mi historial médico necesario para proporcionarme el tratamiento dental lo mejor posible.

### **PERSONA LLENANDO FORMA:**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**FIRMA, DENTISTA ATENDIENDO:** \_\_\_\_\_, DDS FECHA: \_\_\_\_\_