



# DUBLIN DENTAL CARE

Roland Pagniano, DDS, MS & Associates, Inc

## HISTORIA MEDICA

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

Aún cuando el personal de odontología trata el área adentro y alrededor de su boca, su boca también es parte de todo su cuerpo. Los problemas médicos que usted pueda tener o medicamentos que este tomando pueden tener un interrelación muy importante con el tratamiento odontológico que usted recibirá. Gracias por responder a todas las siguientes preguntas.

- |   |    |    |     |       |
|---|----|----|-----|-------|
| Está usted bajo el cuidado de un médico actualmente?                | Si | No | N/A | _____ |
| Ha sido usted hospitalizado(a) u operado(a) alguna vez?             | Si | No | N/A | _____ |
| Ha tenido usted alguna lesión grave en la cabeza o el cuello?       | Si | No | N/A | _____ |
| Está usted tomando algún medicamento, droga o pastilla actualmente? | Si | No | N/A | _____ |
| Toma usted o ha tomado alguna vez Phen-Fen o Redux?                 | Si | No | N/A | _____ |
| Está usted en alguna dieta especial?                                | Si | No | N/A | _____ |
| Fuma usted tabaco?  | Si | No | N/A | _____ |
| Utiliza usted sustancias o medicamentos de control especial?        | Si | No | N/A | _____ |

- Mujeres: Está usted embarazada/intentando quedar embarazada? Si No Fecha Estimada del parto \_\_\_\_\_
- Está usted lactando? Si No
- Esta usted tomando pastillas anticonceptivas? Si No

Es usted alérgico(a) a alguno de los siguientes?  
\_\_\_ Aspirina \_\_\_ Penicilina \_\_\_ Codeína \_\_\_ Acrílico \_\_\_ Metal \_\_\_ Latex \_\_\_ Anestésicos locales Otros \_\_\_\_\_

Tiene usted o ha tenido alguna de las siguientes:

- |                                       |                                     |                                      |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| ___ SIDA/HIV Positivo                 | ___ Sangrado Excesivo               | ___ Problemas Pulmonares             |
| ___ Enfermedad de Alzheimer           | ___ Sed Excesiva                    | ___ Prolapso de la Válvula Mitral    |
| ___ Anafilaxis                        | ___ Desmallos/Mareos                | ___ Dolor de Articulación Mandibular |
| ___ Anemia                            | ___ Tos Frecuente                   | ___ Problemas de Paratiroides        |
| ___ Angina                            | ___ Diarrea Frecuente               | ___ Cuidado Psiquiátrico             |
| ___ Artritis/Gota                     | ___ Dolor de Cabeza Frecuente       | ___ Tratamiento de Radiación         |
| ___ Válvula Artificial del Corazón    | ___ Herpes Genital                  | ___ Reciente Pérdida de Peso         |
| ___ Articulación Artificial           | ___ Glaucoma                        | ___ Diálisis Renal                   |
| ___ Asma                              | ___ Rinitis                         | ___ Fiebre Reumática                 |
| ___ Problemas Sanguíneos              | ___ Falla Cardíaca                  | ___ Reumatismo                       |
| ___ Transfusión Sanguínea             | ___ Soplo en el Corazón             | ___ Fiebre Escarlata                 |
| ___ Problema de Respiración           | ___ Marcapasos (Regulador Cardíaco) | ___ Herpes Zóster                    |
| ___ Contusiones (Moretones)           | ___ Problemas Cardíacos             | ___ Enfermedad De la Célula de Hoz   |
| ___ Cáncer                            | ___ Hemofilia                       | ___ Sinusitis                        |
| ___ Quimioterapia                     | ___ Hepatitis A                     | ___ Espina Bífida                    |
| ___ Dolores de Pecho                  | ___ Hepatitis B o C                 | ___ Problema Estomacal/Intestinal    |
| ___ Ampollas causadas por Fiebre      | ___ Herpes Oral                     | ___ Infarto Cardíaco                 |
| ___ Desorden Cardíaco Congénito       | ___ Presión Arterial Alta           | ___ Hinchazón de Miembros            |
| ___ Consulsiones                      | ___ Salpullido/Erupciones           | ___ Problema de Tiroides             |
| ___ Cortisona                         | ___ Hipoglicemia                    | ___ Amigdalitis                      |
| ___ Diabetes                          | ___ Arritmia Cardíaca               | ___ Tuberculosis                     |
| ___ Adicción a Drogas                 | ___ Problemas del Riñón             | ___ Tumor                            |
| ___ Disnea (Dificultad para Respirar) | ___ Leucemia                        | ___ Ulceras                          |
| ___ Enfisema                          | ___ Problemas del Hígado            | ___ Enfermedades Venéreas            |
| ___ Epilepsia                         | ___ Presión Arterial Baja           | ___ Ictericia                        |

CONTINUA AL REVERSO

Tiene usted o ha tenido algún problema, condición o enfermedad no mencionada entre los anteriores? Si No

Ha tenido alguna vez sangrado prolongado o excesivo que haya requerido de tratamiento especial? Si No  
Está usted bajo del cuidado de un medico? Si No

Nombre de su medico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono(s) \_\_\_\_\_

Ha tenido usted problemas asociados con tratamientos odontológicos previos? Si No

Sabe usted de lesiones o protuberancias localizadas en su boca actualmente? Si No

Cuándo fue su último examen odontológico? \_\_\_\_\_

Enumere los medicamentos que esté tomando actualmente:

Nombre Comercial

Nombre Genérico

Dosis/Frecuencia

Motivo

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

He revisado toda la información proporcionada

Firma del Paciente o Persona Responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**El siguiente texto es para uso del doctor.**

Summary of Patient's Medical Status:

---

---

---

Medical Risk Assessment:

\_\_\_ ASA I (healthy individual)

\_\_\_ ASA III (severe disease but not incapacitating)

\_\_\_ ASA II (mild systemic disease)

\_\_\_ ASA IV (incapacitating systemic disease)

Medical Consultations Required:

\_\_\_ No (healthy and/or stabilized disease)

\_\_\_ Yes (ASA III or IV; cardiac murmur, history of recent major disease; recent diagnosis/operation; uncontrolled disease; blood pressure, etc.)

Does the chief concern require emergency treatment? Yes No