

Spanish Eaglesoft Medical History Default

Patient Name:

Birth Date:

Date Created:

Aunque el personal del consultorio sobre todo trata el área en y alrededor de la boca, la boca es una parte de su cuerpo entero. Problemas de salud que usted puede tener, o medicamentos que usted puede estar tomando, podrían tener una importante interrelación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las

¿Estás bajo cuidado de un médico? Yes No If yes

¿Ha haya sido hospitalizados o tenía una operación importante? Yes No If yes

¿Has tenido una lesión grave de la cabeza o el Yes No If yes

¿Usted está tomando medicamentos, pastillas ni Yes No If yes

¿Aceptas, o has, Phen-Fen o Redux? Yes No If yes

¿Has tomado Fosamax, Boniva, Actonel o cualquier otro medicamento que contenga los bifosfonatos? Yes No If yes

¿Estás en una dieta especial? Yes No

¿Usas tabaco? Yes No

Mujeres: Estás...?

¿Embarazadas/intentando quedar embarazad ¿Enfermería? ¿Tomando anticonceptivos orales?

¿Es usted alérgico a alguno de los siguientes?

aspirina Penicilina codeína acrílico
 Metal Látex recetaré medicamentos anestésicos locales
 Otros

¿Utilizas sustancias controladas? Yes No If yes

¿Otros? If yes

¿Tienes o tienes, cualquiera de los siguientes?

EL VIH/SIDA positivo <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Cortisona medicina <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Hemofilia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	De tratamientos de radiación <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
De la enfermedad de Alzheimer <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Diabetes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Hepatitis A <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Reciente peso pérdida <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Anafilaxia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Drogadicción <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Hepatitis B o C <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Diálisis renal <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
La anemia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Sofocada fácilmente <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Herpes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Fiebre reumática <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Angina <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfisema <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Hipertensión arterial artritis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Reumatismo <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Artritis/Gota <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Epilepsia o convulsiones <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Colesterol alto <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Escarlatina <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Válvula de corazón artificial <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Sangrado excesivo <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Ronchas o erupción cutánea <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	El herpes zóster <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Articulación artificial <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Sed excesiva <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Hipoglucemia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfermedad de células falciformes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Asma <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Desmayo hechizos/mareos <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Latido corazón irregular <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Problemas del seno <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Enfermedad de la sangre <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Tos frecuente <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Problemas renales <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Espina bífida <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Transfusión de sangre <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Diarrea frecuente <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Leucemia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfermedad estomacal, Intestinal <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Problemas respiratorios <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Dolores de cabeza frecuentes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfermedad hepática <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Acariciar <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Moretones <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Herpes genital <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Presión arterial baja <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Hinchazón de las extremidades <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
El cáncer <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Glaucoma <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfermedad pulmonar <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfermedad de la tiroides <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Quimioterapia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Fiebre del heno <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Prolapso de válvula mitral <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Amigdalitis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Dolores en el pecho <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Ataque al corazón/falla <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Osteoporosis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	La Tuberculosis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Ampollas de Llagas/Fiebre frías <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Soplo en el corazón <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Dolor en las articulaciones de la mandíb <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Tumores o crecimientos <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Enfermedad cardíaca congénita <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Marcapasos cardíaco <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfermedad paratiroidea <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Úlcera <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Convulsiones <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Problemas/enfermedades del corazón <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Atención psiquiátrica <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfermedad venérea <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Ictericia amarilla <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No			

¿Has tenido alguna enfermedad grave no enumerada arriba. Yes No If yes

Comentario:

A lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de esta forma han sido contestadas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi (o del paciente) salud. Es mi responsabilidad de informar a la oficina dental de cualquier cambio en la condición médica.

Signature of Paciente, padre o tutor:

X

Date: _____