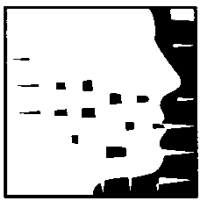

Ben F. Tarsitano, DDS, MD

Diplomate, American Board of
Oral &Maxillofacial Surgery

70B Penny Lane • Watsonville, CA 95076 • (831) 722-8887 • (831) 722-2762 fax
640 E. Alvin Drive, Suite C • Salinas, CA 93906 • (831) 443-9300 • (831) 443-9336 fax

HISTORIAL CLINICO CONFIDENCIAL

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

CIRCULE LA RESPUESTA APROPIADA (Deje en blanco si no comprende la pregunta)

1. Si No ¿Su estado de salud general es bueno?
   Si respondió NO, explique: _____
2. Si No ¿Ha habido algún cambio en su salud durante el último año?
   Si respondió SI, explique: _____
3. Si No ¿Ha acudido al hospital o a la sala de urgencias, o ha tenido alguna enfermedad grave en los tres últimos años?
   Si respondió SI, explique: _____
4. Si No ¿Actualmente es atendido(a) por un médico? Si respondió SI, explique: _____
   Fecha de último examen médico: _____ Motivo del examen: _____
5. Si No ¿Ha tenido problemas con tratamientos dentales anteriores?
   Si respondió SI, explique: _____
   Fecha de último examen dental: _____ Motivo del examen: _____
6. Si No ¿Siente dolor ahora?
   Si respondió SI, explique: _____

¿ALGUNA VEZ HA TENDIO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS? (Circule SI o NO por cada una)

Si	No	Dolor de pecho (angina)	Si	No	Sangre de las heces	Si	No	Vómitos frecuentes
Si	No	Desmayos	Si	No	Diarrea o constipación	Si	No	Ictericia
Si	No	Pérdida de peso considerable	Si	No	Micción frecuente	Si	No	Boca seca
Si	No	Fiebre	Si	No	Dificultad al orinar	Si	No	Sed excesiva
Si	No	Sudores nocturnas	Si	No	Zumbido en los oídos	Si	No	Dificultad al tragar
Si	No	Tos persistente	Si	No	Dolores de cabeza	Si	No	Tobillos inflamados
Si	No	Expectoración de sangre	Si	No	Mareos	Si	No	Dolor o rigidez en articulaciones
Si	No	Trastornos hemorrágicos	Si	No	Visión borrosa	Si	No	Falta de aire
Si	No	Sangre en la orina	Si	No	Aparición de moretones con facilidad	Si	No	Problemas de sinusitis

Otro: _____

¿ALGUNA VEZ HA TENDIO O TIENE ALGUNA DE LAS/OS SIGUIENTES? (Circule SI o NO por cada una)

Si	No	Enfermedad cardiaca	Si	No	AIDS/HIV	Si	No	Osteoporosis
Si	No	Historial familiar de enfermedad cardiaca	Si	No	Surgeries	Si	No	Thyroid disease
			Si	No	Hospitalization	Si	No	Asthma
Si	No	Infarto	Si	No	Diabetes	Si	No	Hepatitis
Si	No	Articial joint	Si	No	Family history of diabetes	Si	No	Sexually transmitted disease
Si	No	Stomach problems or ulcers	Si	No	Tumors or cancer	Si	No	Herpes
Si	No	Heart defects	Si	No	Chemotherapy	Si	No	Canker or cold sores
Si	No	Heart murmurs	Si	No	Radiation	Si	No	Anemia
Si	No	Rheumatic fever	Si	No	Arthritis, rheumatism	Si	No	Liver disease
Si	No	Skin disease	Si	No	Emphysema or other lung disease	Si	No	Eye disease
Si	No	Hardening of arteries	Si	No	Kidney or bladder disease	Si	No	Transplants
Si	No	High blood presure	Si	No	Stroke	Si	No	Tuberculosis
Si	No	Seizures	Si	No	Eating disorders			
Si	No	Cosmetic surgery	Si	No	Psychiatric care			

Other: _____

ARE YOU ALLERGIC TO OR HAVE YOU HAD A REACTION TO ANY OF THE FOLLOWING? (Circule SI o NO por cada una)

Si	No	Aspirin	Si	No	Valium or other sedatives	Si	No	Codeine or other narcotics
Si	No	Penicillin or other antibiotics	Si	No	Latex	Si	No	Food
Si	No	Nitrous oxide	Si	No	Local anesthetic	Si	No	Metal

Others: _____

ARE YOU TAKING OR HAVE YOU TAKEN ANY OF THE FOLLOWING IN THE LAST THREE MONTHS? (Circule SI o NO por cada una)

Si	No	Recreational drugs	Si	No	Tobacco in any form	Si	No	Antibiotics
Si	No	Over-the-counter medications	Si	No	Alcohol	Si	No	Supplements
Si	No	Weight loss medications	Si	No	Bisphosphonates (Fosamax)	Si	No	Aspirin
Si	No	Anti-depressants	Si	No	Herbal supplements			

Please list all prescription medications:

_____

_____

_____

_____

WOMEN ONLY (Please circle YES or NO for each)

Si No Are you or could you be pregnant? If YES, how far along? _____

Si No Are you nursing?

Si No Are you taking birth control pills?

ALL PATIENTS (Please circle YES or NO for each)

Si No Do you have or have you had any other diseases or medical problems NOT listed on this form?

If YES, please explain:

_____

_____

Si No Have you ever been pre-medicated for dental treatment? If YES, why? _____

Si No Have you ever taken Fen-Phen? If YES, when? _____

Si No **Is there any issue or condition that you would like to discuss with the dentist in private?**

The practice of dentistry involves treating the whole person. If the dentist determines that there may be a potentially medically compromised situation, medical consultation may be needed prior to commencement of dental treatment.

I authorize the dentist to contact my physician.

Patient's signature: _____ Date: _____

Physician's Name: _____ Phone #: _____

I certify that I have read and understand this form. To the best of my knowledge, I have answered every question completely and accurately. I will inform my dentist of any change in my health and/or medication. Further, I will not hold my dentist, or any member of his staff, responsible for any errors or omissions that I may have made in the completion of this form.

_____	_____	_____	_____
Signature of Patient (Parent or Guardian)	Date	Signature of Dentist	Date