

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.