

Nombre: _____ SS#: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ codigo postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ telefono (casa): _____ telefono (trabajo): _____

Tenemos permiso para dejar mensajes para usted a su casa? Si No a su trabajo? Si No

En caso de emergencia: _____ tel # _____

Nombre de doctor: _____

direccion: _____ tel # _____

Escriba **todos** los medicamentos (incluyendo aspirina) o drogas que esta tomando y el motivo de tomarlos. Incluyendo suplimentos naturales (hierbas)..

¿Es usted o usted ha tomado **siempre** las medicaciones siguientes para el cáncer del osteoporosis o del hueso? Actonel (risedronate), Boniva (ibandronate), Didronel (etidronate), Fosamax (aledronate), Fosamax más D (aledronate), Skelid (tiludronate), Aredia (pamidronate), Bonefos (clodronate), Zometa (ácido zolendronic) SÍ NO

Es alergico a medicamentos o antibioticos? Por favor escriba y describa su raccion.

Ha tenido problemas con anestecias (por ejemplo novocaine o lidocaine)?

Usted tiene o ha tenido estas enfermedades en el pasado? Indique Si o No

S N Presion alta. Si es controlada con medicacion? _____

S N Soplos cardiacos? Esta tomandao antibioticos? S N

S N Prolapso de la valvula mitral

S N Problemas del corazon. Si? Que tipo? _____

S N Fiebre reumatica

S N Remplacamiento de articulacion. Si asi, cual? _____

S N Alergico a latex o caucho?

S N Problemas de igado . Si asi, que tipo? _____

S N Ha tenido sangrado prolongado despues de sirujias?

S N Golpe

S N Diabetes. Si asi, que tipo? _____ Esta controlado? S N

S N Hepatitis. Si asi, que tipo? _____ Esta activo? _____

S N Tuberculosis. Si asi esta activo? S N

S N Cancer de la cabeza o cuello? Si asi recibio radiacion para el tratamiento S N

S N Desorden de sangrado? Si as que tipo? _____

S N Epilepsia

S N Trastornos de la articulacion temporomandibular? _____

S N Le hace click o truena la quijada?

S N Tiene problemas de encias? Si asi de acual? _____

S N Boca seca

S N Esta embarazada? Si asi cuantos meses? _____

S N Alergias estacionales

S N Problemas de rinon ? Si asi, que tipo? _____

S N Ulcera o colitis

Fecha: _____ inicial: _____

Actualizar: fecha: _____ inicial: _____ fecha: _____ inicial: _____

fecha: _____ inicial: _____ fecha: _____ inicial: _____

fecha: _____ inicial: _____ fecha: _____ inicial: _____

- S N Problemas neurologicos
- S N Desorden de sangre. Si asi, que tipo _____
- S N Problemas emocionales/psiquiatrico
- S N Asma
- S N Enfermedad veneria
- S N Problemas de sinus? Si asi, que tipo? _____
- S N Artritis
- S N Dientes sensibles
- S N HIV positivo
- S N Anemia
- S N Baja presio
- S N Tos persistente

Describa **cualquier** tratamiento hecho aunque no este en la lista anterior.

Liste **cualquier** otra enfermedad que tenga o cirugia que ha tenido.

Aproximadamente fecha de ultimo examen dental?

Cuando fueron las ultimas radiografias dentales? _____ Estan disponibles las radiografias? S N

Dentista anterior nombre y telephono # _____

Ha tenido problemas en el pasado asociados con tratamiento dental? _____

* Al firmar certifico que he leído y llenado la forma completamente. He avisado de todos los medicamentos que tomo o he tomado y los medicamentos que estoy tomando.

Firma (paciente/guardian) _____ fecha _____

Updated: fecha: _____ inicial: _____ fecha: _____ inicial: _____
 fecha: _____ inicial: _____ fecha: _____ inicial: _____
 fecha: _____ inicial: _____ fecha: _____ inicial: _____