

Endodoncia del Este de Idaho

HISTORIA CLÍNICA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Tratamiento Médico Actual

- Resistencia a la Insulina
- Presión Arterial Alta
- Respiratorio/Asma
- Fiebre Reumática
- Circulatorio
- Anemia/Hemorragia
- Hepatitis B/C
- Diabetes/Riñón
- Herpes
- Tiroides/Hormonal
- Hipoglucemia
- Fumar
- Falta de Aliento
- Cáncer/Tumor
- Radiación/Quimioterapia
- Tuberculosis
- Fatiga
- Hinchazón
- Úlceras/Digestivo
- Migraña/Dolores de Cabeza
- Epilepsia/Desmayos
- Glaucoma/Visual
- Mental/Neural
- Inmunodeprimido
- VIH/SIDA
- Alcoholismo/Adicción
- Enfermedad Infecciosa
- Cuidado Psiquiátrico
- ATM
- Enfermedad Cardíaca
- Soplo/Defecto Cardíaco
- Marcapasos
- Ataque Cardíaco/Accidente Cerebrovascular
- Latido Irregular del Corazón
- Implante Protésico
- Cualquier Trasplante
- Reemplazo de Articulación
- Artritis
- Sin Condiciones Médicas

Alergias

- Penicilina
- Antibióticos
- Aspirina
- Tylenol
- Ibuprofeno
- AINEs
- Codeína
- Narcóticos
- Anestésicos Locales
- LÁTEX
- Valium/Tranquilizantes
- Óxido Nitroso (gas de la risa)
- Comida
- Lejía
- Yodo/Mariscos
- Sulfas
- Sin Alergias

Medicamentos

- Antibióticos
- Medicina para el Dolor
- Medicina Cardíaca
- Aspirina
- Cortisona/Esteroides
- Anticoagulante
- Presión Arterial
- Hormona
- Tiroides
- Píldoras Anticonceptivas
- Insulina
- Úlcera/Nexium
- Relacionado con Huesos
- Antidepresivos
- Tagamet
- Resistencia a la Insulina
- Colesterol
- Otras Medicaciones:

- Sin Medicamentos

*¿Requiere un PRE-MED (antibiótico) antes del tratamiento dental, según lo recomendado por su médico?

(por ejemplo, reemplazo de articulaciones, problemas cardíacos, etc.) Sí No

*Mujeres: ¿Está embarazada? Sí No Tal vez

Por favor, añade cualquier otra información que debamos saber y que pueda interferir o afectar su tratamiento:

Notas/Otras Alergias, Condiciones, Medicamentos:

La información anterior es correcta según mi leal saber y entender.

Firma del Paciente*

Fecha

*Todas las firmas deben ser del padre/tutor si el paciente es menor de 18 años.