



Si está llenando este formulario para otra persona, su relación con esa persona es _____ sus respuestas a las siguientes preguntas son únicamente para nuestros registros? y se consideran confidenciales. Usted puede ser interrogado durante su visita en su respuesta a las preguntas que ha respondido.

1. ¿ Estás en buena salud?..... Sí No
2. ¿ Ha habido cambios en su estado general de salud en el último año? Sí No
3. ¿Ha tenido alguna enfermedad grave , operación , o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?..... Sí No
- Por favor explique: _____
4. ¿ Indique todos los medicamentos - recetados o sin receta que está tomando actualmente?..... Sí No
5. ¿Está usted consumiendo aspirina?..... Sí No
6. ¿Está usted consumiendo Vitamina E?..... Sí No
7. ¿Usted Fuma?..... Sí No
- ¿Cuánto tiempo ha fumado? _____ ¿Cuántos paquetes por día? _____
8. ¿Tiene un historial familiar de la enfermedad periodontal?..... Sí No
- ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas?:..... Sí No
9. ¿Dañadas o válvulas cardíacas artificiales?..... Sí No
10. ¿Soplo en el corazón o enfermedad cardíaca reumática?..... Sí No
11. ¿Las enfermedades cardiovasculares, problemas del corazón , infarto de miocardio , angina de pecho , coronaria, insuficiencia, oclusión coronaria , accidente cerebrovascular o la arteriosclerosis?..... Sí No
12. ¿Alta presión sanguínea?..... Sí No
13. ¿presión arterial baja?..... Sí No
14. ¿Dolor de pecho?..... Sí No
15. ¿Dificultad para respirar?..... Sí No
16. ¿Defectos cardíacos?..... Sí No
17. ¿Marcapasos cardíaco?..... Sí No
18. ¿Alergias estacionales?..... Sí No
19. ¿Sinusitis?..... Sí No
20. ¿asma?..... Sí No
21. ¿Desmayos o convulsiones?..... Sí No
22. ¿Diabetes?..... Sí No
23. ¿Enfermedad hepática o hepatitis?..... Sí No
24. ¿Infección por VIH o SIDA?..... Sí No
25. ¿problemas de tiroides?..... Sí No
26. ¿Respiratorio problemas , enfisema , bronquitis , etc.?..... Sí No
27. Artritis o inflamación en las articulaciones dolorosas?..... Sí No
28. ¿ Úlcera de estómago o hiperacidez?..... Sí No
29. ¿problemas de riñón?..... Sí No
30. ¿Tuberculosis?..... Sí No
31. ¿tos persistente , tos que produce sangre o inflamación de los ganglios persistentes en el cuello?..... Sí No





32. ¿Enfermedad de transmisión sexual?..... Sí No
 33. ¿Epilepsia?..... Sí No
 34. ¿Problemas con la salud mental?..... Sí No
 35. ¿Cancer?..... Sí No
 Tipo de Cancer: _____ Tratamiento recibido: _____
 36. ¿Sangrado anormal?..... Sí No
 37. ¿Trastorno de la sangre como la anemia?..... Sí No

Es usted alérgico o ha tenido una reacción a :

38. ¿Alergia al látex?..... Sí No
 39. ¿Anestesia local?..... Sí No
 40. ¿ Penicilina u otros antibióticos?..... Sí No
 41. ¿Las sulfamidas?..... Sí No
 42. ¿Aspirina?..... Sí No
 43. ¿Yodo?..... Sí No
 44. ¿La codeína u otros narcóticos?..... Sí No
 45. Otros: _____
 46. ¿Tiene alguna enfermedad , condiciones o problema que devamos saber?..... Sí No
 47. ¿Estás usando lentes de contacto?..... Sí No
 48. ¿Estás usando aparatos dentales removibles?..... Sí No
 Mujeres
 49. ¿Estas embarazada?..... Sí No
 50. ¿Está amamantando?..... Sí No
 51. ¿Está tomando píldoras anticonceptivas?..... Sí No

Certifico que he leído y entendido lo anterior . Reconozco que mis preguntas , si las hubiere , acerca de las consultas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente . No haré responsable a mi dentista , o cualquier otro miembro de su / su personal , responsable de los errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario .

Firma del Paciente o tutor: _____ Fecha: _____

* Gracias por elegir Barrington Road Dental Care para servir a sus necesidades dentales. Estamos encantados que se unirá a nuestra familia de pacientes felices y satisfechos . Esperamos contar con su presencia *

