NEW ORLEANS HCH DENTAL CLINIC

Dental Health History

NOMBRE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Physician’s Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de la última visita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SIDA/VIH+ \_\_Sí \_\_No

Alcoholismo \_\_Sí\_\_No

Anemia \_\_Sí \_\_No

Artritis, Reumatismo \_\_Sí \_\_No

Válvulas artificiales del corazón \_\_Sí \_\_No

Juntas Artificiales (Pasadores o Varillas) \_\_Sí\_\_No

Asma \_\_Sí\_\_No

Problemas de espalda \_\_Sí\_\_No

Sangrado anormal, \_\_Sí\_\_No

con extracciones o cirugía

Enfermedad de la sangre \_\_Sí\_\_No

Cáncer \_\_Sí\_\_No

Dependencia química \_\_Sí\_\_No

Quimioterapia \_\_Sí\_\_No

Problemas circulatorios \_\_Sí\_\_No

Lesiones congénitas del corazón \_\_Sí\_\_No

Tratamientos de cortisona \_\_Sí\_\_No

Tos - persistente o con sangre \_\_Sí\_\_No

Diabetes \_\_Sí\_\_No

Enfisema \_\_Sí\_\_No

Epilepsia o convulsiones \_\_Sí\_\_No

Desmayos o mareos \_\_Sí\_\_No

Glaucoma \_\_Sí\_\_No

Dolores de cabeza \_\_Sí\_\_No

Soplo cardíaco \_\_Sí\_\_No

Problemas del corazón \_\_Sí\_\_No

Tipo de hepatitis\_\_\_\_\_\_\_ \_\_Sí\_\_No

Herpes u otra ETS \_\_Sí\_\_No

Alta presion sanguinea \_\_Sí\_\_No

Colesterol alto \_\_Sí\_\_No

Ictericia \_\_Sí\_\_No

Dolor de mandibula \_\_Sí\_\_No

Enfermedad del riñon \_\_Sí\_\_No

Enfermedad del higado \_\_Sí\_\_No

Presión arterial baja \_\_Sí\_\_No

Prolapso de la válvula mitral \_\_Sí\_\_No

Osteoporsis/Enfermedad osea \_\_Si\_\_No

Problemas nerviosos \_\_Sí\_\_No

Marcapasos \_\_Sí\_\_No

Atención psiquiátrica

Ansiedad \_\_Sí\_\_No

Bipolar \_\_Sí\_\_No

Depresión \_\_Sí\_\_No

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_Sí\_\_No

Tratamiento de radiación \_\_Sí\_\_No

Enfermedad respiratoria \_\_Sí\_\_No

Fiebre reumática \_\_Sí\_\_No

Escarlatina \_\_Sí\_\_No

Problemas de sinusitis (alergia) \_\_Sí\_\_No

Falta de aliento \_\_Sí\_\_No

Erupción cutanea \_\_Sí\_\_No

Dieta especial \_\_Sí\_\_No

Carrera \_\_Sí\_\_No

Pies o tobillos hinchados \_\_Sí\_\_No

Glándulas del cuello hinchado \_\_Sí\_\_No

Problemas tiroideos \_\_Sí\_\_No

Tuberculosis \_\_Sí\_\_No

Tumor or growth \_\_Sí\_\_No

en la cabeza o cuello

Úlcera \_\_Sí\_\_No

Enfermedad venérea \_\_Sí\_\_No

Pérdida de peso, inexplicable \_\_Sí\_\_No

Problema no listado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_Sí\_\_No

¿Estas embarazada? \_\_Sí\_\_No

¿Tomar pastillas anticonceptivas? \_\_Sí\_\_No

¿Está tomando medicamentos \_\_Sí\_\_No

para el corazón?

¿Estás tomando anticoagulantes? \_\_Sí\_\_No

LAS ALERGIAS

Aspirina \_\_Sí\_\_No

Codeína \_\_Sí\_\_No

Yodo \_\_Sí\_\_No

Látex \_\_Sí\_\_No

Anestesia local \_\_Sí\_\_No

Penicilina \_\_Sí\_\_No

Sulfa \_\_Sí\_\_No

AINE (ibuprofeno, naproxeno) \_\_Sí\_\_No

Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_Sí\_\_No

FUMADOR \_\_Sí\_\_No

LISTA DE MEDICAMENTOS ACTUALES (la lista incompleta retrasará el tratamiento)

Medicación Dosificación

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Use la parte posterior de la forma si es necesario

Firma del paciente/padre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dentist Initial:\_\_\_\_\_\_\_\_

BP\_\_\_\_\_\_\_\_\_Pulse\_\_\_\_\_\_\_\_Perio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10/2024