



## Historia Medica

### INFORMACIÓN DE PACIENTE

Nombre De Paciente : \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DENTAL

¿Tiene dolor o sensibilidad al momento ?  Si  No

Explique : \_\_\_\_\_

¿Tiene problemas Bocal?  Si  No

Explique : \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN MEDICAL

¿La paciente está embarazada ?  Si  No

Al momento está bajo el cuidado de un doctor ?  Si  No

Reason: \_\_\_\_\_

Está tomando medicamentos?  Si  No

Identique: \_\_\_\_\_

Alergia a medicamento ?  Si  No

Identifique: \_\_\_\_\_

Allergico a metal ?  Si  No Identifique: \_\_\_\_\_

Recientes enfermedades?  Si  No Identifique: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido cirugías?  Si  No Identifique: \_\_\_\_\_

Seleccione los problemas que se presentan o que a tenido :

Problemas de corazón	Derrame Cerebral	Presión Alta	Diabetes	Epilepsy
Tiroides	Bronchitis	Problemas de estómago		
Soplón de corazón	Problemas de Rinones	Sangre Frecuente	Hepatitis	
Desmayos / Mareos	Trastorno Epatico	Neumonía	Arthritis	
Trastorno Nervioso	Cancer / Tumores	Asma	Tuberculosis	

¿Hay Problemas Adicionales que tengamos que saber ?  Si  No

Explique: \_\_\_\_\_

La Información que dio es preciso

X \_\_\_\_\_ ( Firma ) Fecha : \_\_\_\_\_