

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Fecha de Hoy: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad: _____

Apodo: _____ Sexo: _____ Estatura: _____ Peso: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

Persona Responsable:

Nombre de la Persona/ Relación: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

Empleado: _____ Teléfono del trabajo: _____

HISTORIAL MÉDICO:

¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas médicos?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Alergia al Látex | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Parálisis Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Alergias a Medicamentos (Por favor apunte abajo) | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Handicaps/Discapacidades |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Asma/Problemas Pulmonares | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Enfermedad de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Alto Colesterol | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Enfermedad de Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Soplo del corazón /Defectos | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Cirugía Cardíaca | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Mastocitosis |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Otra cirugía _____ | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Traqueal Malacia |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Trastorno convulsivo (epilepsia) | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Autismo | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Distrofia Muscular |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Diabetes | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Anemia de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Síndrome de Down | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Hipertermia maligna |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Otros síndromes _____ | (historia del paciente o familiar) |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Posiblemente EMBARAZADA (Mujeres > 10 años) | |

Por favor, de informar cualquier problema médico que haya tenido: _____

¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico? Sí No Fecha de la última visita:: _____

Nombre del médico: _____ Número de teléfono: _____

¿Está bajo cuidado de un ESPECIALISTA? Sí No *Por favor, indique TODAS las que apliquen:* Cardiólogo

Endocrinólogo Genétista Hematólogo Neurologo Oncólogo Pulmonólogo Otro _____

Por favor apunte TODOS los medicamentos actuales: _____

Por favor apunte TODAS las alergias (medicina, comida, latex, etc.): _____

La información en este cuestionario es exacta a lo mejor de mi conocimiento Entiendo que la información se llevará a cabo en la más estricta confianza y es mi responsabilidad informar a los médicos de Mountain Dental Anesthesia de cualquier cambio en el estado médico de este paciente lo antes posible.

Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Testificado por: _____ Fecha: _____