Carlos Boudet, DDS DICOI
Cosmetic Implant And Laser Dentistry
1840 Forest Hill Blvd Suite 204
West Palm Beach, Florida 33406
Phone: (561) 968 6022

Historia Médica

Nombre _____ Fecha _____

Por favor, circule cualquier problema que haya tenido. Si no sabe ponga un signo de pregunta (?)

Fiebre reumática	si	no	Problemas de riñones, infecciones	si	no
Prolapso valvula mitral	si	no	Hepatitis	si	no
Soplo cardiaco	si	no	Tuberculosis	si	no
Embolismo	si	no	Dolor en el pecho, angina	si	no
Presión arterial alta	si	no	Insuficiencia cardiaca	si	no
HIV positivo (SIDA)	si	no	Problemas de corazón, marcapaso	si	no
Enfremedades venéreas	si	no	Problemas respiratorios, asma	si	no
Sinusitis	si	no	Problemas de tiroide	si	no
Diabetes	si	no	Convulsiones, epilepsia,	si	no
Transfusion de sangre	si	no	Problemas de huesos, arthritis	si	no
Úlceras (aftas) orales	si	no	Cancer, radiación	si	no
Abuso de drogas	si	no	Problemas con anesthesia	si	no
Desmayos	si	no	Problems nerviosos	si	no

Está bajo tratamiento médico? _____ si no
Ha tenido alguna operación _____ si no
Usted fuma? _____ si no
Si se corta, puede parar de sangrar normalmente? _____ si no
Está embarazada? _____ si no
Es alérgico (a) a algo? _____ si no
Escriba alguna mala reacción a medicina _____
Es una persona saludable? _____ si no
Tiene glándulas inflamadas en el cuello? _____ si no
Ha tenido diarrea o pérdida de peso reciente?_____ si no
Tiene algun problema de salud que el dentista deba saber antes te comenzar? Por favor explique
_____
Escriba el nombre de las medicinas que esta tomando?(incluyendo aspirina, pastillas contraceptivas, etc..) Please list them Use the space at the bottom if needed_____

He leido y entendido las preguntas anteriores y las he contestado correctamente. El dentista no es responsable por errores o omisiones de mi parte. I will not hold my dentist responsible for any errors or omissions I may have made.

Firma_____ Revisada por_____
(If minor, parent or guardian)

Notas sobre la historia médica