

ACTUALIZACIÓN DE HISTORIA MÉDICA

Nombre del Paciente _____ Numero Telefonico _____

Direccion Postal _____ #Celular _____

La Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____ Telefono en Trabajo _____

¿Hubo algún cambio de su salud desde su última cita dental? SÍ NO

¿Para que condiciones? _____

Ha tenido alguna cirugía o reemplazo de rodilla o cadera? SI ___ NO__

¿Toma usted alguna medicación o inyecciones en este momento? SÍ NO

¿De ser así, qué? _____

Tiene Osteoporosis? Si___ No ___

¿Tiene usted alguna alergia (o reacciones adversas) a alguna medicación/anestésico? SÍ NO

¿De ser así, qué? _____

¿Usted es alérgico al látex o tiene usted alguna otra alergia? SÍ NO

¿De ser así, qué? _____

Firma de Paciente/Guardian _____

Fecha _____