



# Aquia Dental Care

Norma D. Gutierrez, D.D.S  
Actualización del Historial Medico

Nombre de el paciente (por favor escribir claramente):

---

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Ha tenido alguna enfermedad grave u operaciones? \_\_\_\_\_ Si es asi, por favor describa:

Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre? Si No Si es asi, indique aproximadamente la fecha \_\_\_\_\_

**(Mujeres)** Está embarazada? Si No Amamantando? Si No

Marque con un **círculo** Si o No si usted tiene o ha tenido alguno de los siguientes:

Anemia o enfermedad de la sangre?	Si	No	Hepatitis, cualquier forma	Si	No
Artritis o Reumatismo	Si	No	Reemplazo de Articulaciones	Si	No
Asma	Si	No	Enfermedad Renal	Si	No
Cancer	Si	No	Enfermedad Hepatica	Si	No
Diabetes	Si	No	Psicosis	Si	No
Respiratorias/Enfermedad Pulmonar	Si	No	Biopsias previas	Si	No
Epilepsia	Si	No	Radiacion o quimioterapia	Si	No
Glaucoma	Si	No	Fiebre reumatica	Si	No
Valvula de corazon (artificial)	Si	No	V.I.H/SIDA	Si	No
Enfermedad cardiaca o ataque cardiaco	Si	No	Otros:	Si	No
Presion Alta	Si	No			

Por favor escriba todos los medicamentos que esta tomando, y con que proposito:

---

---

Es usted alergico a?

Anestésicos locales	Si	No	Codeine, Valium, u otros sedantes	Si	No
Penicilina u otros antibioticos	Si	No	Latex or Metales	Si	No
Aspirina, Ibuprofeno, o Tylenol	Si	No	Otros (especificar)		

Entiendo que la información anterior es necesaria para proveerme con el cuidado dental de una manera segura y eficiente. He respondido a todas las preguntas a lo mejor de mi conocimiento.

Nombre del Paciente/Guardián Legal \_\_\_\_\_

Firma del Paciente/Guardián Legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Uso de Oficina:

ASA \_\_\_\_\_

Assistant \_\_\_\_\_

Lbs. (if child) \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_