



Fecha

/

/

Hora

DATOS GENERALES

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____ EDAD: _____ PESO _____ SEXO: _____

TELEFONO DE CONTACTO: _____ EMAIL: _____

NOMBRE DE SU DENTISTA: _____

FECHA Y HORA DE SU PROCEDIMIENTO: _____

PROCEDIMIENTO A REALIZAR: _____

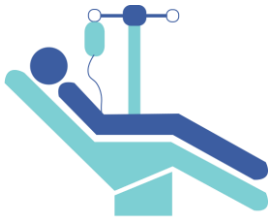
INFORMACION MÉDICA

LISTA DE MEDICAMENTOS QUE ACTUALMENTE TOMA

MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

LISTA DE ENFERMEDADES QUE ACTUALMENTE PADECE

ENFERMEDAD	FECHA DEL DIAGNOSTICO
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	



anestesia dental

ANTECEDENTES MEDICOS

1. UTILIZA ASPIRINA

SI

NO

En caso de que si, mencione dosis y frecuencia:

2. UTILIZA ALGUN ANTICOAGULANTE

SI

NO

En caso de que si, mencione cual:

3. UTILIZA ALGUN TIPO DE MEDICAMENTO DIETETICO

SI

NO

En caso de que si, mencione cual:

4. HA TENIDO ALGUNA CIRUGIA

SI

NO

En caso de que si, mencione cual:

5. ACTUALMENTE FUMA

SI

NO

En caso de que si, mencione cuantas cajetillas al mes:

6. UTILIZA ALGUN TIPO DE DROGA RECREATIVA.

SI

NO

En caso de que si mencione cual y que tan frecuente:

7. REALIZA ALGUN TIPO DE EJERCICIO

SI

NO

En caso de que si mencione que tan frecuente:

8. UTILIZA ALGUN TIPO DE PROTESIS

SI

NO

En caso de que si mencione que tipo

9. PADECE ALGUNA ALERGIA

SI

NO

En caso de que si mencione a que:

Declaro que la información arriba mencionada es verdadera.

(Firma del paciente, padre o tutor.)