

Centro Dental Yogi

Apellido _____ Nombre _____ Fecha de Examen _____

Direccion _____ Razon de su visita _____

Fecha de Nacimiento _____ No. de Tel. _____ No. de Negocio _____

SI NO

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| (1.) Se encuentra en buena salud ? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2.) Esta bajo el cuidado de un Doctor ? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (3.) Ha tenido una enfermedad u operacion reciente ? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (4.) Esta bajo algun medicamento ? Por favor anotelo _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (5.) Tiene alergia a algun medicamento? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (6.) Tiene alergia a la penicilina , aspirina , o codeina ? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (7.) Tiene alergia a alguna anestecia local o general ? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (8.) Esta embarazada ? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Usted tiene o ha tenido alguna de estas enfermedades?

Las siguientes preguntas son importantes y confidenciales!

Indique si o no si le concide a usted ...

- | | SI | NO | | SI | NO |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| Enfermedad al corazon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fiebre reumatica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pulso irregular al corazon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas al higado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presion alta o baja de la sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dificultades respiratorias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Deficiencia de sistema inmuno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad a la sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bronquitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas con anestecia local | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas a los pulmones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Epilepsia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedades venereas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ulceras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bajo tratamientos de radiacion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tumores | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infartos al corazon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Reviewed by _____ Date _____