



Harvest Dental Farmersville
1704 W Audie Murphy Pkwy, Farmersville,
TX 75442
(469) 812-7100
harvestdentaltexas.com/

HISTORIAL DE SALUD | Fecha de Nacimiento (DOB):

| | |
|---------------------|--|
| Condiciones Médicas | |
| Alergias | |
| Medicamentos | |

Información General de Salud

| | |
|--|--|
| ¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico? | |
| Número de teléfono del médico | |
| Fecha de su último examen físico | |
| ¿A qué farmacia desea que se envíen los medicamentos? | |
| ¿Está siendo tratado actualmente por alguna lesión o enfermedad? | |
| ¿Alguna vez ha sido hospitalizado por una lesión o enfermedad? | |
| ¿Está embarazada o planea quedar embarazada? | |
| ¿Está amamantando actualmente? | |
| ¿Se le requiere pre-medicarse con antibióticos antes del tratamiento dental? | |
| ¿Consume alcohol? | |
| ¿Consumo o ha consumido tabaco alguna vez? | |
| ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica? | |

Condiciones Médicas

| Por favor, marque todas las condiciones de las que tenga historial o por las que esté siendo tratado actualmente | |
|---|--|
| ¿Tiene historial o está siendo tratado actualmente por alguna condición Digestiva? | |
| ¿Tiene historial o está siendo tratado actualmente por alguna condición Cardíaca o Circulatoria? | |
| ¿Tiene historial o está siendo tratado actualmente por alguna condición Neurológica? | |
| ¿Tiene historial o está siendo tratado actualmente por alguna condición Pulmonar o Respiratoria? | |

| | |
|---|--|
| ¿Tiene historial o está siendo tratado actualmente por alguna condición Autoinmune? | |
| ¿Lesiones en la cabeza o el cuello? | |
| ¿Articulación artificial? | |
| ¿Colesterol alto? | |
| ¿Historial de cáncer? | |
| ¿Tumor o crecimiento anormal? | |
| ¿Terapia de radiación? | |
| ¿Quimioterapia? | |

| | |
|--|--|
| ¿VIH / SIDA? | |
| ¿Osteoporosis / osteopenia? | |
| ¿Diabetes Tipo I o Tipo II? | |
| ¿Anemia? | |
| ¿Enfermedad renal? | |
| ¿Enfermedad hepática? | |
| ¿Enfermedad tiroidea? | |
| ¿Tuberculosis / sarampión / varicela? | |
| ¿Alguna otra condición médica que debamos saber? | |

Medicamentos

| Por favor, marque todos los medicamentos que está tomando actualmente | |
|--|--|
| ¿Está tomando algún medicamento para el dolor? | |
| ¿Está tomando algún medicamento Antidepresivo o para la Ansiedad? | |
| ¿Está tomando algún medicamento para la Diabetes, el Colesterol o la Presión Arterial? | |
| ¿Está tomando algún medicamento para la Alergia o el Asma? | |
| ¿Está tomando algún Antibiótico? | |
| ¿Está tomando actualmente algún otro medicamento o suplemento dietético? | |

Firma del paciente: _____ Fecha: ____/____/_____