



**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-medikarse con antibióticos antes del tratamiento dental?	
¿Consume alcohol?	
¿Consume 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_