

- Sí No Enfermedad venérea Si contestó que sí, ¿qué enfermedad?: _____
- Sí No Sangrado anormal asociado con extracciones, cirugías o traumatismos previos
- Sí No Fácil aparición de hematomas
- Sí No Presión arterial alta
- Sí No Accidente cerebrovascular
- Sí No Lesiones cardíacas congénitas
- Sí No Enfermedad hepática
- Sí No Hepatitis Si contestó que sí, ¿qué tipo? _____
- Sí No Episodios de desmayos, convulsiones o epilepsia

¿Es alérgico o ha reaccionado adversamente a alguno de los siguientes? Marcar Sí o NO

- Sí No Anestesia local. Si contestó que sí, ¿qué sucedió? _____
- Sí No Penicilina. Si contestó que sí, ¿qué sucedió? _____
- Sí No Otro antibiótico _____. Si contestó que sí, ¿qué sucedió? _____
- Sí No Aspirina. Si contestó que sí, ¿qué sucedió? _____
- Sí No Codeína u otros narcóticos. Si contestó que sí, ¿qué sucedió? _____
- Sí No Barbitúricos, sedantes o somníferos. Si contestó que sí, ¿qué sucedió? _____
- Sí No Látex o goma natural. Si contestó que sí, ¿qué sucedió? _____
- Sí No Otro _____. Si contestó que sí, ¿qué sucedió? _____

Enumere todos los medicamentos recetados y de venta libre actuales:

Nombre del medicamento (use papel adicional si necesita)	Dosis	¿Con qué frecuencia?
_____	_____	_____
_____	_____	_____

MUJERES

- Sí No ¿Está embarazada o cree que podría estarlo?
Si contestó que sí, ¿cuál es su fecha de parto? _____
- Sí No ¿Está amamantando?
- Sí No ¿Es su primer hijo(a)?

Certifico que he leído y comprendido lo anterior y reconozco que se han respondido a mis preguntas satisfactoriamente. No haré responsable a mi dentista ni a ningún empleado de CHC por ningún error u omisión que pueda haber cometido al completar este formulario.

Firma del paciente/padre/madre/tutor	Firma del dentista / higienista	Fecha
Nombre del intérprete en imprenta		
Firma del intérprete		