

Historia Clínica

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Dirección:

Teléfono:

Celular:

Ocupación:

Estado civil:

e-mail:

Haga favor de marcar con una X la respuesta correcta:

1. ¿Está usted embarazada?
2. ¿Padece usted hipertensión?
3. ¿Tiene alguna enfermedad del corazón?
4. ¿Ha presentado falta de respiración adecuada?
5. ¿Ha tenido convulsiones?
6. ¿Padece usted diabetes?
7. ¿Es alérgico a algún medicamento? Especifique:
8. ¿Es alérgico a la anestesia dental?
9. ¿Cómo considera su estado de salud en general?

Firma del paciente