

**Boyle Heights Dental Care**  
**2206 E. Cesar E. Chavez Ave**  
**Los Angeles, CA 90033**  
**323-265-3680**

**Formulario para la Historia de Salud**

**Condiciones Medicas:**

**(Por favor escoja la que aplica a usted)**

- Cancer o Tumor: \_\_\_\_\_
- Dolencia Cardiaca
- Dolor en el Pecho
- Soplo Cardiaco
- Fiebre Reumatica
- Articulacion Artificial o Valvula
- Presion Alta o Baja
- Marcapasos
- Tuberculosis
- Problemas con su Riñon
- Hepatitis
- Alcoholismo
- Transfucion de Sangre
- Diabetes
- Condicion Nuerologica
- Epilepsia
- Condicion Emotional: \_\_\_\_\_
- Artritis
- Herpes
- SIDA o VIH positivo
- Migrañas
- Anemia or Desorden Sanguineo
- Sangrado Anormal
- Fiebre de heno o senusitis
- Alergias
- Asthma
- Enfermedad Autoimmune
- Discapacidad Auditiva

Usted Fuma o mastica tabacco      Si {} No {}  
Usted Consume Alcohol ?      Si {} No {}  
Si toma que tan frecuente toma \_\_\_\_\_

Tiene una enfermedad, condicion o problema no mencionado? \_\_\_\_\_

Por Favor agregue algo mas que le gustaria que subieramos or la informacion de su doctor \_\_\_\_\_

**Alergias**

- Latex
- Penicilina, Amoxicilina
- Anestesia Local (Novacain)
- Oxido Nitroso
- Codeina
- Sulfamidas
- Barbiturates, sedantes o pastillas para dormir
- Aspirina
- Otro: \_\_\_\_\_

**Medicamentos Actuales / Recientes**

- Aspirina
- Inhalador para el Asma
- Anticoagulantes
- Antibioticos o Sulfamidas
- Medicamento para la Presion Alta
- Antidepresivos
- Control de la Natalidad
- Insulina
- Nitroglicerina
- Cortisona
- Osteoporosis
- Other: \_\_\_\_\_

**Solo para mujeres:**

Esta embarazada:      Si {} No {}

Fecha Estimada para aliviarse \_\_\_\_\_

Esta Amamantando      Si {} No {}