

8. A tenido sangrado abnormal con alguna extraccion, cirugia o trauma? Si[ ] No [ ]
- A. Se moretea muy facil? Si[ ] No [ ]
- b. Alguna vez a requerido una transfusion de sangre? Si[ ] No [ ]
- Si es asi , explique las circuntancias \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

9. Tiene Anemia o algun transtorno de sangre? Si[ ] No [ ]

10. A tenido alguna cirugia o tratamiento de rayos x para un tumor, crecimiento u otra condicion en la boca o en los labios? Si[ ] No [ ]

11. Esta tomando algunos de los siguientes medicamentos? Si[ ] No [ ]

- A. Antibioticos o sulfamidas\_\_
- b. Anticoagulantes( diluyentes de la sangre\_\_
- C. Medicamentos para la presion arterial alta\_\_\_\_
- D. Cortisona (esteroides) \_\_\_\_\_
- E. Tranquilizantes\_\_ Antihistaminicos\_\_ Aspirina\_\_
- F. Insulina\_\_ Tolbutamida (Orinase) o medicamentos similares \_\_\_\_\_
- G. Digitals o medicamentos para enfermedades cardiacas \_\_
- H. Terapia oral de anticonceptivos hormonales o de otro tipo \_\_\_\_\_
- I. Otra drogas o medicamentos \_\_\_\_\_

- 12 Es usted alergico o ha reaccionado adversamente a cualquiera de los siguientes :
- Anesteticos locales, la penicilina u otros antibioticos\_\_ Si[ ] No [ ]
- Sulfas\_\_
- Barbituricos, sedantes o pastillas para dormir \_\_\_\_\_
- Aspirina\_\_ Yodo\_\_ codeina u otros antibioticos \_\_\_\_\_

- \* Es alergico a los productos de latex o de goma? Si[ ] No [ ]

13. A tomado el medicamento de dieta Redux (Fen-Phen)? Si[ ] No [ ]

14. Tiene usted alguna condicion o problema no mencionado arriba y que cree que deberia saber? Si[ ] No [ ]

- 15 Esta usted empleado en cualquier situacion que lo exponga a los rayos X e otro tipo de radiaciones Ionizantes? Si[ ] No [ ]

16. Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes condiciones? Si[ ] No [ ]
- Herpes\_\_ Hepatitis\_\_ Tuberculosis\_\_ VIH/SIDA\_\_

17. Estas embarazada? Si[ ] No [ ]

18. Estas lactando? Si[ ] No [ ]

Yo certifico que he leído lo anterior y ambos an completado el cuestionario de salud completamente. He dado a conocer de todos los problemas medicos que tengo a mi conocimiento. Asimismo, certifico que yo, el abajo firmante doy mi consentimiento para la realizacion de radiografias y examinacion.

X \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

Fecha: \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_  
Firma del Doctor

Fecha: \_\_\_\_\_