

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: _____