

HISTORIAL MEDICO

Bienvenido Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Circular la respuesta correcta, si no sabe la respuesta correcta favor de escribir "no se" en la linea despues de la pregunta.

1. Nombre de su doctor de cabecera _____
Direccion _____ TEL _____
2. Actualmente esta bajo el cuidado de algun medico?.....SI.....NO
Desde cuando? _____ Porque? _____
3. Cuando fue su ultimo examen fisico? _____
4. Esta tomando algun medicamento o sustancia?.....SI.....NO
5. Toma sustancias relacionadas con salud regularmente?
(vitaminas, sustancias herbolarias, productos naturales).....SI.....NO
6. Es usted alergico a algun medicamento o sustancia?.....SI.....NO
7. Tiene alguna otra alergia?.....SI.....NO
8. Tiene algun problema con penicilina, antibioticos,
Anesthesia o cualquier otro medicamento?.....SI.....NO
9. Es usted sensible a algun metal o latex?.....SI.....NO
10. (MUJERES) Esta usted embarazada o sospecha estarlo?.....SI.....NO
11. Usa algun tipo de anticonceptivo?.....SI.....NO
12. A sido tratado o tiene alguna enfermedad del corazon?.....SI.....NO
13. Tiene un marcapasos, implante de valvula cardiaca
artificial, a sido diagnosticado con prolapso de valvula mitral?....SI...NO
14. A tenido fiebre reumatica?.....SI.....NO
15. Este al tanto de algun murmullo de corazon?.....SI.....NO
16. Tiene pression ALTA o BAJA (porfavor circule uno).....SI.....NO
17. A tenido una enfermedad seria o cirujia mayor?.....SI.....NO
18. A tenido tratamiento con radiacion, o quimioterapia?.....SI.....NO
19. A tomado Fosamax, Zometa, Aredia, u otro tratamiento oral o intravenoso
para tumor en los huesos, calcio excesivo en la sangre o osteoporosis?..SI...NO
20. Tiene alguna enfermedad inflamatoria como artritis o reumatismo..SI...NO
21. Tiene alguna protesis/ articulacion artificial?.....SI.....NO
22. Tiene enfermedad sanguinea como anemia, leucemia?.....SI.....NO
23. Tiene sangrado excesivo durante una cortada o lesion?.....SI.....NO
24. Tiene problemas estomacales?.....SI.....NO
25. Tiene problemas de riñon?.....SI.....NO
26. Tiene problemas del higado?.....SI.....NO
27. Es usted diabetico?.....SI.....NO
28. Sufre de mareos o desmallos?.....SI.....NO
29. Tiene usted asma?.....SI.....NO
30. Tiene usted epilepsia o transtornos convulsivos?.....SI.....NO
31. A tenido/ tiene una enfermedad venerea o transmitidas sexualmente..SI..NO
32. Es usted VIH positivo?.....SI.....NO
33. Tiene usted SIDA.....SI.....NO
34. A tenido o tiene Hepatitis?.....SI.....NO
35. A tenido o tiene tuberculosis?.....SI.....NO
36. Fuma, mastica o usa alguna otra forma de tabacco?.....SI.....NO
37. Regularmente consume una o dos bebidas alcolicas diario?.....SI.....NO
38. Abitualmente usa sustancias/drogas ilegales?.....SI.....NO
39. A tenido tratatiendo psiquiatrico?.....SI.....NO
40. A tomado fenfluramina o algun otro producto para perdida de peso..SI..NO
41. Tiene alguna enfermedad no mencionado anteriormente?..SI...NO
Si es asi explique _____
42. Alguna otra condicion de salud que debamos saber? _____
43. Le gustaria hablar con el doctor en privado sobre algun otro tema?..SI..NO

COMENTARIOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACION ANTERIOR IS CORRECTA Y EXACTA

FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIAN _____ FECHA _____

FIRMA DEL DENTISTA _____ FECHA _____