

HISTORIAL MEDICO

Información Del Paciente:

Nombre del Paciente: Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Sexo: []M []F Fecha de nacimiento _____ Edad: _____ Seguro Social: _____

Información de la persona responsable:

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____ Estado Civil _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Numero de licencia de conducir: _____ Fecha De Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Relación con el paciente: _____ Empleador: _____ Ocupación: _____

Nombre/dirección/teléfono de una persona QUE NO VIVA CON UD a quien le podemos hablar en caso de una emergencia:

Razon de la visita de hoy: _____

Tiene un médico que lo esté atendiendo? []SI []NO Si es así, para que condición médica? _____

El nombre y dirección de su médico(s): _____

Que medicamentos está tomando en este momento? _____

SI ES MUJER, *está usted embarazada?* []SI []NO _____

Si está embarazada, cuanto tiene de gestación? _____

Tiene encías sensibles o le sangran? []SI []NO

Son sus dientes sensibles al calor, frio, dulces, o presión? []SI []NO

Marque cualquiera que haiga tenido o tenga en este momento:

- | | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón, enfermedad | <input type="checkbox"/> Hinchazón de las extremidades | <input type="checkbox"/> Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Diarrea frecuente | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes | <input type="checkbox"/> Uso de alcohol o abuso | <input type="checkbox"/> Fiebre de heno | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Artritis/Gota |
| <input type="checkbox"/> Latido irregular del corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad paratiroides | <input type="checkbox"/> Soplo cardiaco | <input type="checkbox"/> Sed excesiva | <input type="checkbox"/> Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> Angina/ dolor del pecho | <input type="checkbox"/> Moretones con facilidad | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Ulceras | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardiaco/ paro | <input type="checkbox"/> Problemas en los riñones | <input type="checkbox"/> Ampollas de fiebre | <input type="checkbox"/> Escarlatina | <input type="checkbox"/> Ayudas* |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía congénita * | <input type="checkbox"/> Ronquidos/apnea del sueno | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Diálisis renal |
| <input type="checkbox"/> Prolapso valvular mitral * | <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> VIH positivo |
| <input type="checkbox"/> Hemofilia (problemas de sangrado) | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso reciente | <input type="checkbox"/> Cirugía cardiaca | <input type="checkbox"/> medicina cortisona | <input type="checkbox"/> Herpes(herpes labial) |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre reciente | <input type="checkbox"/> Accidentes cerebro vasculares | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Herpes genital |
| <input type="checkbox"/> válvula de corazón artificial * | <input type="checkbox"/> Articulaciones arteriales | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos del corazón* | <input type="checkbox"/> Hepatitis B (suero) | <input type="checkbox"/> Leucemia/ cáncer | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Ictericia |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A y C (infecciosas) | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Radioterapia | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Otra |
| <input type="checkbox"/> Adicción a las drogas/Abuso | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Dolor en la mandíbula | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad estomacal/intestinal | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Enfermedad venera | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides | |

Marque cualquiera de las siguientes medicinas a las que usted es alérgico:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anestésia local | <input type="checkbox"/> Penicilina u otro antibiótico | <input type="checkbox"/> Sedantes, barbitúricos o pastillas para dormir |
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Codeína u otro narcótico | <input type="checkbox"/> Acrílico |
| <input type="checkbox"/> Yodo | <input type="checkbox"/> Droga de sulfa | <input type="checkbox"/> Látex de caucho |
| | | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

A mi mejor conocimiento, todas las anteriores respuestas son ciertas y correctas. Si en algún momento yo tengo algún cambio en mi salud o algún cambio en los medicamentos que tomo, yo le informare a mi dentista en mi próxima cita.

FIRMA DE EL PACIENTE/PADRE/TUTOR

FECHA DE HOY

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

Medical History Updated: _____