

HISTORIA DE SALUD

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirreccion: _____ Numero de Telefono: _____ - _____ - _____

HISTORIA DENTAL

Motivo de la visita de hoy: _____ Fecha de la ultima atencion dental: _____

Marque (X) si usted ha tenido problemas con ninguno de los siguientes:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas de mal aliento | <input type="checkbox"/> Colección de comida entre los dientes | <input type="checkbox"/> Tratamiento periodontal | <input type="checkbox"/> Sensitivity to hot |
| <input type="checkbox"/> Encias sangrantes | <input type="checkbox"/> Muelas abrasivas | <input type="checkbox"/> Llagas o tumors en la boca | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al frio |
| <input type="checkbox"/> Chasquido o estallido de la mandibula | <input type="checkbox"/> Dientes flojos o empastes rotos | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al morder | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a lo dulce |

Con qué frecuencia hilo dental? _____ Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____

HISTORIAL MEDICO

Nombre del doctor(PCP): _____ Fecha de última visita: _____

¿Ha tenido enfermedades graves ni operaciones? Si responde sí, indíquelo con procedimiento y fecha de: _____

¿Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre? En caso afirmativo, por favor indique las fechas: _____

¿Ha tomado algún grupo de drogas denominadas colectivamente como "Fen-phen"? Estos incluyen combinaciones de Lonimin, Adipex, Pondimin (fenfluramina) y Fastine (nombres de marca de fentermina), Redux (Dexfenfluramin). Si No

¿Usted o han utilizado medicamentos con bisfosfonatos (Fosomax, Actonel, Boniva, Skelid, Didronel, Aredia, Zometa, Bonefos)?
 Si No

[Las mujeres] ¿Está embarazada? Si No Mujeres lactantes? Si No ¿Tomando pastillas anticonceptivas? Si No

Marque (X) si usted tiene o ha tenido cualquiera de los siguientes:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sangrado anormal | <input type="checkbox"/> tratamientos de cortisona | <input type="checkbox"/> Hepatitis (A, B, C u otro): _____ | <input type="checkbox"/> fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> tos (persistente) | <input type="checkbox"/> presión arterial alta | <input type="checkbox"/> fiebre escarlata |
| <input type="checkbox"/> Artritis, reumatismo | <input type="checkbox"/> tos con sangre | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> piel erupción cutánea |
| <input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas artificiales | <input type="checkbox"/> demencia Alzheimer | <input type="checkbox"/> dolor en la mandíbula | <input type="checkbox"/> dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales: _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> enfermedad del riñón | <input type="checkbox"/> problemas de los senos |
| <input type="checkbox"/> asma | <input type="checkbox"/> diálisis | <input type="checkbox"/> enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> movimiento |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad/nerviosismo | <input type="checkbox"/> dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> salud tratamiento Mental | <input type="checkbox"/> hinchazón de pies |
| <input type="checkbox"/> enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> epilepsia | <input type="checkbox"/> prolapso de la Válvula Mitral | <input type="checkbox"/> problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> desmayo | <input type="checkbox"/> entumecimiento o debilidad muscular | <input type="checkbox"/> tabaquismo |
| <input type="checkbox"/> dependencia de sustancias químicas | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> trasplante de órganos | <input type="checkbox"/> amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> quimioterapia | <input type="checkbox"/> dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> marcapasos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Problemas circulatorios | <input type="checkbox"/> soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> tratamiento con radiación | <input type="checkbox"/> úlceras |
| <input type="checkbox"/> herpes labial/aftas | <input type="checkbox"/> problemas del corazón | <input type="checkbox"/> enfermedad respiratoria | <input type="checkbox"/> enfermedad venérea |

***¿Tiene cualquier otra condición médica no ya mencionados? _____

MEDICACION

Lista de medicamentos actuales:

ALERGIAS

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Latex |
| <input type="checkbox"/> Barbiturico | <input type="checkbox"/> Metales/ Joyeria |
| <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Penicillina/Otro Antibiotico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Anestésico Dental | <input type="checkbox"/> Sulfa Drugs |
| <input type="checkbox"/> Iodine | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

SOCIAL

¿Consumo alcohol? Sí - ¿frecuencia? _____ No

¿Usas drogas? Sí - ¿frecuencia? _____ No

FIRMA

A lo mejor de mi conocimiento, la información anterior es correcta y completa. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si yo o mi hijo menor de edad, siempre hay un cambio en la salud.

Firma del paciente, padre, tutor o Representante Personal

Relacion

Fecha