



Historia Medica

(Favor de escribir legiblemente)

Fecha _____

Nombre _____

Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo postal _____

Telefono de casa _____ Telefono de trabajo _____

Telefono móvil _____ Correo elec trónico _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo _____ Estatura _____ Peso _____

Ocupacion _____ Numero de seguro social (es requerido) _____

Soltero (-a) _____ Casado (-a) _____ Nombre de su conyuge _____

Pariente (-a) mas cercano (-a) _____ Telefono de el (ella) _____

Si usted llueña esta formulario por otra persona, que parentesco tiene con usted? _____

Enviado por _____

Como llego a conocer de nuestra clínica? _____

Para contestar las preguntas que siguen, trace un círculo alrededor de *Si* o *No*, lo que aplicó. Sus respuestas son solamente para nuestro historial medico y seran consideradas como confidenciales. Fijese bien en que durante su visita inicial se le haran a usted algunas preguntas acerca de sus respuestas a este cuestionario y que es posible que le pregunte algo adicional acerca de su salud.

1. Esta usted bien de salud?..... Si No
Goza usted de buena salud?
2. Durante el ultimo ano ha observado usted cualquier cambio en su salud general? Si No
3. El reconocimiento fisico mas reciente que me hicieron fue el _____
4. Esta usted bajo el cuidado de un(a) medico(-a) ahora?.....Si No
En ese caso, para que consultousted a su medico(-a) _____
5. Como se llama? Cual es la direccion de su consultorio? _____
6. Ha sufrido usted alguna vez de una enfermedad grave, ha sido operado(-a), o ha estado usted hospitalizado(-a) pro cualquier razon durante los ultimos cinco anos?.....Si No
En ese caso, cual fue la enfermedad o problema? _____
7. Toma usted alguna(s) medicina(s) o drogas incluyendo cualesquiera que no requieren recetas?
Si No
En ese caso, como se llama(n) la(s) medicina(s)? _____

8. Padece usted o ha padecido usted alguna vez de cualquiera de las enfermedades o problemas que siguen?

- a. Valvulas del Corazon averiadas o valvulas postizas del Corazon, incluyendo soplos cardiacos o enfermedad cardiac reumatica..... Si No
- b. Enfermedad cardiovascular (problemas con el Corazon, ataque al Corazon, angina, insuficiencia coronaria, occlusion coronaria, presion arterial alta, arterioesclerosis, ataque de paralisis)
..... Si No
1. Tiene usted dolores en el pecho al hacer ejercicios?..... Si No
2. Jamas le falta la respiracion a usted despues de hacer ejercicios leves o cuando esta acostado(-a)?..... Si No
3. Se le hinchan a usted los tobillos?..... Si No
4. Tiene usted defectos cardiacos congenitos?..... Si No
5. Tiene usted un marcapasos cardiaco? Si No
- c. Alergia..... Si No
- d. Problemas con los pasajes nasals (sinusitis)..... Si No
- e. Asma o fiebre del heno..... Si No
- f. Desmayos, vahidos, o ataques..... Si No
- g. Diarrea continua y persistente o una perdida reciente de peso..... Si No
- h. Diabetes Si No
- i. Hepatistis, ictericia o enfermedad del higado..... Si No
- j. SIDA (AIDS) o infeccion causada por el virus HTLV-III (HIV)..... Si No
- k. Problemas para respirar, enfisema, bronquitis, etc..... Si No
- l. Problemas para respirar, enfisema, bronquitis, etc..... Si No
- m. Artritis o articulaciones hinchadas dolorosas Si No
- n. Ulceras gastricas o hiperacidez..... Si No
- o. Problemas con los rinones..... Si No
- p. Tuberculosis Si No
- q. Tiene usted una tos persistente? O al toser, arroja usted sangre?..... Si No
- r. Glandulas hinchadas constantemente en el cuello Si No
- s. Prsion arterial baja..... Si No
- t. Enfermedades contraidas por medio del contacto sexual..... Si No
- u. Epilepsia u otra enfermedad neurologica Si No
- v. Problemas con la salud mental/psiquiatricos Si No
- w. Cancer Si No
- x. Problemas con el sistema inmunologico..... Si No
9. Ha tenido usted flujos de sangre anormales?..... Si No
- a. Jamas han tenido pue ponerle una transfusion de sangre?..... Si No
10. Tiene usted algun desorden sanguine como anemia?..... Si No
11. Jamas le han puesto tratamiento contra un tumor o crecimiento?..... Si No
12. Es usted alergico(-a) o ha reaccionado adversamente a:
- a. Anesteticos locales?..... Si No
- b. Penicilina u otros antibioticos?..... Si No
- c. Drogas de sulfa?..... Si No
- d. Barbituricos, sedatives, calmantes, o pildoras para dormer?..... Si No
- e. Aspirina?..... Si No
- f. Yodo?..... Si No
- g. Codeina u otros narcoticos/drogas estupefacientes?..... Si No
- h. Otras cosas?_____

13. Ha tenido usted alguna vez cualquier problema grave relacionado con cualquier tratamiento dental previo?..... Si No

En ese caso, explíquemelo _____

14. Padece usted de cualquier enfermedad, estado, o problema no citado arriba de lo que usted piense que debo enterarme?..... Si No

En ese caso, explíquemelo _____

15. Lleva usted lentes de contacto?..... Si No

16. Lleva usted cualquier aparato dental movable?..... Si No

Mujeres

17. Esta usted embarazada/en estado?..... Si No

18. Tiene usted algunos problemas asociados con su ciclo menstrual..... Si No

19. Da usted el pecho al niño (a la niña)?..... Si No

20. Toma usted píldoras para el control de embarazo?..... Si No

Principal queja dental _____

Certifico que he leído y que comprendo lo susodicho. Reconozco que todas mis preguntas, si las hubo, acerca del cuestionario enunciado anteriormente, han sido contestadas a mi satisfacción. No le considero responsable ni a mi dentista ni a los miembros de su personal por cualquier error u omisión que yo haya hecho al llenar este formulario. Yo entiendo que soy responsable financieramente para todos los servicios completados. Tal vez podamos aceptar su aseguración, pero al firmar debajo, estoy de acuerdo que usted es completamente responsable por todos los cargos de servicio, incluyendo cualquier parte que la aseguración no cubra.

Firma del (de la) paciente

Firma del (de la) dentista

Para ser llenado por el/la dentista.

Comentarios acerca de la entrevista del (de la) paciente acerca de su historia médica:

Hallazgos importantes que resultaron del cuestionario o de la entrevista oral: _____

Consideraciones de administración dental:

(Fecha)

(Firma del/de la dentista)

Historia medica puesta al dia

Fecha

Comentarios

Firma
