

FORMA DE HISTORIAL MÉDICO

Información del paciente:

Apellido: _____ Nombre: _____ 2do Nombre: _____
 Sexo: [] M [] F Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Seguro Social: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono de casa: _____ Teléfono de celular: _____ Teléfono de trabajo: _____
 Correo electrónico: _____
¿Tiene seguro? Sí o No Nombre del Seguro: _____ ID # _____

Información de la persona responsable: (Menor de 18 años o dependiente de aseguranza)

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____ Estado Civil: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Licencia de conducir: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____
 Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono de trabajo: _____
 Relación al paciente: _____ Empleador: _____ Ocupación: _____
 Contacto de Emergencia: _____ Numero de Telefono: _____ Lenguaje en Casa: _____

Motivo de la visita de hoy: _____

¿Ve usted a un médico? [] Sí [] No En caso afirmativo, ¿cuál es la condición médica que padece? _____

Por favor enumere todos los medicamendtos actulales (incluyendo medicamentos sin receta): _____

Nombre y numero de oficina de su médico: _____ teléfono _____

¿Qué medicamentos está tomando ahora? _____

***MUJER, ¿ESTÁ USTED EMBARAZADA? [] Sí [] No *EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁNTO TIEMPO DE GESTACIÓN? _____**

¿Está tomando la píldora anticonceptiva [] Si [] No ¿Está amamantando? [] Si [] No

*Nota es mujer algunos antibióticos pueden alterar la eficacia de la píldora anticonceptiva, consulte con su Ob/Gyn.

¿Le sangran las encías, están sensibles o irritadas? [] Sí [] No

¿Son sus dientes sensibles al calor, frío, dulce o presión? [] Sí [] No

Marque cualquiera de los siguientes elementos que usted ha tenido o tiene en este momento:

<input type="checkbox"/> Desórdenes congénitos del corazón*	<input type="checkbox"/> Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/> Enfermedad paratiroidea
<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar / falta de aliento	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Artritis / gota
<input type="checkbox"/> Ritmo irregular del corazón	<input type="checkbox"/> Presión arterial baja	<input type="checkbox"/> Tos frecuente	<input type="checkbox"/> Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Reumatismo
<input type="checkbox"/> Angina de pecho / dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Enfermedad de sangre	<input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis	<input type="checkbox"/> Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Dolor en uniones de mandíbula
<input type="checkbox"/> Ataque al corazón / paro cardíaco	<input type="checkbox"/> Uso / abuso de alcohol	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedades del hígado	<input type="checkbox"/> Medicina de cortisona
<input type="checkbox"/> [] Prolapso de la válvula mitral*	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Ampollas de fiebre	<input type="checkbox"/> Hepatitis A y C (Infeccioso)	<input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales*
<input type="checkbox"/> Válvula del corazón artificial*	<input type="checkbox"/> Contusión fácilmente	<input type="checkbox"/> ADD / ADHD	<input type="checkbox"/> Hepatitis B (Sérica)	<input type="checkbox"/> Enfermedad venérea
<input type="checkbox"/> Marcapasos*	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> SIDA *
<input type="checkbox"/> Cirugía cardíaca*	<input type="checkbox"/> Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> VIH Positivo
<input type="checkbox"/> Fiebre escarlatina	<input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Ictericia amarilla	<input type="checkbox"/> Herpes (Herpes Labial)
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Hemofilia (problemas de sangrado)	<input type="checkbox"/> Terapia de radiación	<input type="checkbox"/> Problemas de los riñones	<input type="checkbox"/> Drogadicción / uso de drogas
<input type="checkbox"/> [] otros no mencionados	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Diálisis renal	<input type="checkbox"/> Herpes genital
	<input type="checkbox"/> Transfusión de sangre recientes	<input type="checkbox"/> Enfermedad estomacal / intestinal	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/> Ronquidos / sueño apnea
	<input type="checkbox"/> Hinchazón de miembros	<input type="checkbox"/> Úlceras		<input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores
	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso reciente		

Marque cualquiera de los siguientes medicamentos / sustancias que usted es alérgico a:

<input type="checkbox"/> Anestésicos locales	<input type="checkbox"/> Penicilina / otros antibióticos	<input type="checkbox"/> Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Codeína / otros narcóticos	<input type="checkbox"/> Acrílico, metales	
<input type="checkbox"/> Yodo	<input type="checkbox"/> Látex de hule	<input type="checkbox"/> Medicamentos que contienen Sulfa	<input type="checkbox"/> Ninguna

*Si eres alérgico: ¿Que son las reacciones? _____

Al mejor de mi conocimiento, todas las respuestas anteriores son ciertas y correctas. Si en algún momento hay algún cambio en mi salud, o cualquier cambio de medicinas, yo le informaré a mi dentista en la próxima cita.

FIRMA DEL PACIENTE / PADRE / TUTOR LEGAL
 SÓLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA: _____

Doctor

Fecha

Fecha