

Historia Medica de Adultos

Nombre:	Apellido:	Inicial:	Fecha de Hoy:
Fecha de Nacimiento:	Numero de teléfono: ()		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección:	Ciudad:	Código Postal:	
¿Está bajo algún tratamiento con un medico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Si es así, cual es la condición que se está tratando? _____			
Nombre del Doctor Medico:		Fecha del último examen médico: ____/____/____	
Alergia: Favor de indicar con un circulo si usted tiene cualquiera de las siguientes alergias:			
Amoxicilina Aspirina Erythromycin Metal Medicinas de solfa Otras _____			
Anestesia Codeína Penicilina Látex Tetraciclina			
Describe los síntomas a la alergia : _____			

Para las siguientes preguntas, favor de marcar las respuestas que corresponden con una X. Sus respuestas son para nuestros archivos y serán confidenciales de acuerdo a las leyes. Noté que se le harán mas preguntas sobre su salud de acuerdo a sus respuestas. Esta información es vital para poder atenderle apropiadamente. Esta clínica no usa esta información para discriminar.

Tiene algo de lo siguiente por favor indique? **SI NO o NO SE**

por favor asegúrese de marcar todas las cajas

Historia Medica

	SI	No	No Sé		SI	No	No Sé
Alzheimer/ Perdida de Memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Murmullos de corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia/Sangría anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anorexia/Bulimia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A B C D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión Sanguínea- alta/baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma/ Hay Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AIDS o infección de VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del Riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer/Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades del Hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulceras en la boca o fuegos de la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defectos congénitos del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento de radiación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad de respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dependiente del alcohol o las drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Culebrilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emfisima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fumar/Tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia/Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embolia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflujo Gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza severos/Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crecimiento de tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sordera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades transmitidas sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque del corazón/Cirugía de corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros cirugías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha tomando medicina para la osteoporosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escriba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Información de Pre medicamentos y Embarazo

Pre medicamentos:

Tiene algo de lo siguiente: por favor circule. Empalmes artificiales, tornillos, placas válvulas del corazón , shuntes

Si tiene cual es la fecha del procedimiento o condición ____/____/____

Le han dicho que necesita tomar antibióticos antes de un procedimiento dental por la condición que circulo arriba? **Si / NO**

Embarazo:

Actualmente esta embarazada? **SI / No**

Fecha de nacimiento? ____/____/____ Actualmente esta amamantando **SI / NO**

Lista Actual de Medicina

¿Está tomando alguna medicina incluyendo medicinas sin receta? Sí _____ No _____

<u>¿Qué medicinas está tomando?</u>	<u>¿ Por qué ?</u>	<u>¿Cuánto?</u>	<u>¿Con qué Frecuencia?</u>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Nota: Se aconseja tanto al doctor como al paciente discutir todas las preguntas relacionadas con la salud del paciente antes de comenzar el tratamiento. Certifico que he leído y entiendo lo anterior. Reconozco que mis preguntas, si hay alguna, han sido aclaradas a mi satisfacción. No consideraré responsable a mi dentista, ni a ningún otro miembro de su personal, por cualquier acción que tome o no tome debido a errores o omisiones que pueda yo haber cometido al llenar este formulario.

Firma de paciente/tutor legal

Fecha

****With a return visit, a patient signature is required to indicate the health history has been reviewed and any changes have been made after the original date on the health history.***

Firma de paciente/tutor legal

Fecha

Firma de paciente/tutor legal

Fecha

Firma de paciente/tutor legal

Fecha

FOR OFFICE USE ONLY

Signature of Dentist/Hygienist. Also student if applicable

Date

Signature of Dentist/Hygienist. Also student if applicable

Date

Signature of Dentist/Hygienist. Also student if applicable

Date