



HISTORIA MEDICA

FECHA:			
NOMBRE:		DIRECCIÓN:	
CIUDAD:		ESTADO:	ZIP CODE:
TEL. CASA:		TEL. TRABAJO:	

E-MAIL: _____

FECHA DE NACIMIENTO:		SEXO:		ESTATURA:		PESO:	
CASADO/A <input type="checkbox"/>	SOLTERO/A <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL CÓNYUGE:					
PARIENTE MAS CERCANO					TELÉFONO:		
OCUPACIÓN:					NUMERO DEL SEGURO SOCIAL:		
COMO SE ENTERO DE ESTA OFICINA:		<input type="checkbox"/> PACIENTE <input type="checkbox"/> TARJETA DE CORREO <input type="checkbox"/> ANUNCIO DE PERIÓDICO <input type="checkbox"/> PAGINAS AMARILLAS <input type="checkbox"/> RADIO/TV <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>					

Para contestar las siguientes preguntas encierre en un circulo la respuesta **(si)** o **(no)** según el caso.
 La información aquí recolectada tiene un importancia fundamental para el diagnóstico, tratamiento y pronostico de sus enfermedades de la boca por lo tanto esta información debe ser llenada de manera precisa y cuidadosa. Su historia medica es estrictamente confidencial.

1. ¿Esta usted en buen estado de salud?	SI	NO
2. ¿Esta usted bajo el cuidado de un medico?	SI	NO
Si contesto (si) a la pregunta 2 Escriba:		
Nombre de su medico:	Teléfono:	
Condición por la que esta siendo tratado por su medico:		
3. ¿Que medicamentos esta tomando?:		
4. ¿Ha sufrido usted de alguna enfermedad grave, ha sido operado o ha sido hospitalizado durante los últimos cinco años.	SI	NO
Si contesto (si) a la pregunta 4 ¿Cual fue la enfermedad o problema?:		
5. ¿Le ha dicho algunas vez un medico que las válvulas de su corazón están averiadas o tienen un soplo?	SI	NO
6. ¿Sufre usted de hipertensión arterial (alta presión arterial)?	SI	NO
7. ¿Tiene usted defectos cardiacos congénitos?	SI	NO
8. ¿Tiene usted un marcapasos artificial en el corazón?	SI	NO
9. ¿Sufre usted de alguna enfermedad del hígado?	SI	NO
10. ¿Sufre usted de alguna enfermedad de los riñones?	SI	NO
11. ¿Sufre usted de alguna enfermedad del estomago o tracto digestivo?	SI	NO
12. ¿Sufre usted de algún tipo de enfermedad de los pulmones?	SI	NO
13. ¿Padece usted de Diabetes?	SI	NO
14. ¿Padece usted de Asma?	SI	NO
15. ¿Padece usted de algún tipo de alergia respiratoria?	SI	NO
16. ¿Padece usted de SIDA (AIDS) o esta infectado con el virus HIV	SI	NO
17. ¿Padece usted de problemas de la salud mental?	SI	NO
18. ¿Padece usted de convulsiones o Epilepsia?	SI	NO
19. ¿Padece usted de algún tipo de cáncer?	SI	NO
Si contesta (si) por favor explique		

Firma del Paciente _____

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 20. ¿Le han hecho a usted algún tipo de radiación por algún tipo de tumor recientemente? | SI NO |
| 21. ¿Padece usted de Hemofilia o problemas con la coagulación de la sangre? | SI NO |
| 22. ¿Tiene usted algún problema con su sangrado al sufrir pequeñas cortaduras accidentales? | SI NO |
| 23. ¿Es usted alérgico/a o ha reaccionado usted adversamente a la Penicilina ? | SI NO |
| 24. ¿Es usted alérgico/a o ha reaccionado usted adversamente a las Sulfas ? | SI NO |
| 25. ¿Es usted alérgico/a o ha reaccionado usted adversamente a otros antibióticos ? | SI NO |
| 26. ¿Es usted alérgico/a o ha reaccionado usted adversamente a los anestésicos locales ? | SI NO |
| 27. ¿Es usted alérgico/a o ha reaccionado usted adversamente a la aspirina ? | SI NO |
| 28. ¿Es usted alérgico/a o ha reaccionado usted adversamente a algún otro medicamento o sustancia? | SI NO |

Explique:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 29. Padece usted de osteoporosis o algún otro tipo de enfermedad de los huesos | SI NO |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------|

Esta usted tomando o ha tomado dentro de los últimos 10 años alguna de las siguientes medicamentos:

Fosamax Boniva Bonefos Ostac Didronel Aredia Actonel Skelid Zometa SI NO

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 30. Padece usted de algún tipo de enfermedad o trastorno que no halla sido mencionado anteriormente | SI NO |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|

Si contesto **(si)** a la pregunta 30 por favor explique:

MUJERES

- | | |
|--------------------------------------------------------|-------|
| 31. ¿Esta usted embarazada? | SI NO |
| 32. ¿Esta usted lactando un bebe? | SI NO |
| 33. ¿Toma usted píldoras para el control del embarazo? | SI NO |

Motivo principal de esta visita:

Firma del paciente

Fecha

Nombre del Padre o Custodia si el paciente es un menor

Parentesco

Firma del Padre o Custodia del menor

Fecha

Con mi firma certifico que he leído comprendido y respondido todas las preguntas de este cuestionario, y que las preguntas que he hecho han sido respondidas a mi satisfacción . No les considero responsable ni al Doctor ni a ningún miembro de su equipo por cualquier error u omisión que yo haya cometido al contestar este cuestionario.

DOCTOR'S NOTES