

Historia De Salud

Fecha: _____

Nombre del paciente _____ Apellido _____ Fecha Nacimiento _____ Masculino Femenino

1. ¿Ha tenido alguna enfermedad grave, operaciones u hospitalización? Sí No

2. ¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico? Sí No

Nombre del doctor _____ Direccion _____ # telefono _____

¿Tiene usted o tenía alguna vez usted alguno de los siguientes?

Salud cardiovascular

- 3. Alta presión sanguínea Sí No
- 4. Angina o un ataque de corazón Sí No
- 5. Dolor en el pecho debido a esfuerzo Sí No
- 6. Coronaria bloqueio o tratamiento (bypass coronario, stent, etc.) Sí No
- 7. Problema válvular o reemplazo Sí No
- 8. Soplo de corazón Sí No
- 9. Enfermedad cardíaca, problema o tratamiento Sí No
- 10. Fiebre reumática Sí No
- 11. Uso de Fen-Phen en el pasado Sí No
- 12. Latidos cardíacos irregulares o un marcapasos Sí No
- 13. Dificultad para respirar al acostarse Sí No
- 14. Infarto Sí No
- 15. Presión arterial baja Sí No

Salud respiratoria

- 16. Asma Sí No
- 17. Enfisema o problemas respiratorios Sí No
- 18. Sinusitis crónica Sí No
- 19. La tuberculosis o tos persistente Sí No

Sistema endocrino

- 20. Diabetes Sí No
- 21. Tiene sed o orina frecuentemente Sí No
- 22. Problemas de tiroides Sí No
- 23. Sangrado anormal o le salen moretones Sí No
- 24. Hemophilia Sí No
- 25. Enfermedad sanguínea/anemia Sí No
- 26. Cancer Sí No
- 27. Tratamiento de quimioterapia/radiación Sí No
- 28. VIH/SIDA Sí No
- 29. Herpes Sí No
- 30. Trasplante de Órganos Sí No
- 31. Transfusión de Sangre Sí No

Medicamentos

60. ¿ Está tomando algún medicamento con prescripción, de venta libre o hierbas medicinales? Sí No
Por favor enumere la dosis tomada: _____

61. ¿Usa o a usado medicamentos bifosfonatos (Fosomax, Actonel, Boniva, Skelid, Didronel, Aredia, Zometa, Bonfos)? Sí No

Social

62. ¿Usa tabaco? Yes No 64. ¿Usa drogas recreativas? Sí No

63. ¿Usa alcohol? Yes No

65. ¿Tiene cualquier otra condición médica que no a mencionado? Sí No

Por favor liste: _____

Salud Mental y muscular esquelético

- 32. Coyuntura prostetica Sí No
- 33. Artritis Sí No
- 34. Osteoporosis Sí No
- 35. Desmayos o mareos Sí No
- 36. Convulsiones Sí No
- 37. Entumecimiento o debilidad muscular Sí No
- 38. Esclerosis multiple Sí No
- 39. Retraso mental Sí No
- 40. Demencia o enfermedad de Alzheimer Sí No
- 41. Ansiedad/Nerviosismo Sí No
- 42. Tratamiento de salud mental Sí No

Salud gastro-Intestinal

- 43. Hepatitis (A,B,C u otro) Sí No
- 44. Enfermedad del hígado Sí No
- 45. Enfermedad del riñón/dialysis Sí No
- 46. Problemas del estómago Sí No
- 47. Enfermedad de transmission sexual Sí No

Alergias

- 48. Penicilina u otros antibioticos Sí No
- 49. Sulfamidas Sí No
- 50. Anestésicos locales Sí No
- 51. Aspirina Sí No
- 52. Codeína y narcóticos Sí No
- 53. Yodo Sí No
- 54. Productos de látex Sí No
- 55. Metales/niquel/joyeria Sí No
- 56. Otro: _____ Sí No

Solo mujeres

- 57. ¿Está embarazada? Sí No
- 58. ¿Está lactando? Sí No
- 59. ¿Toma píldoras anticonceptivas? Sí No

Por medio de la presente certifico que he leído y completado el cuestionario de salud en su totalidad. He estipulado todos los problemas medicos de los que tengo conocimiento. El suscrito certifica y das u consentimiento para que se le tomen radiografías y se le examine.

Firma del PACIENTE o TUTOR LEGAL: _____

Fecha: _____

Firma del DENTISTA: _____

Fecha: _____