

Historia Medica del Paciente

Account # _____

Nombre _____ S.S# _____
La Fecha de Nacimiento: _____ SEXO : F M Estatura _____ Peso _____
Raza _____ **Etnicidad** _____ **Idioma Preferida** _____
La Salud general: Excelente Bueno Justo
Nombre del Médico _____ la Fecha del Último examen Físico _____

Toma Aspirina diariamente? Y N
Esta usted tomando Coumadin, Plavix o cualquier otro anticoagulante de sangre? Y N
Ha tomado cualquier tipo de esteroide o cortisona en el año pasado? Y N
Esta usted tomando cualquier otras medicinas? Y N
Lista de medicinas: _____

Verifique por favor TODO que aplica:

<input type="checkbox"/> Presión Arterial Anormal ____/____	<input type="checkbox"/> HIV
<input type="checkbox"/> Desórdenes de Anemia/Sangre	<input type="checkbox"/> Hospitalizaciones prolongadas y/o CIRUGIAS
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Píldoras de dieta por Prescripción o receta
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Sangrado prolongado
<input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre	<input type="checkbox"/> Prótesis de cadera o de articulación
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Problemas en sus pechos o glándulas mamarias
<input type="checkbox"/> Desvanecimientos	<input type="checkbox"/> Derrame o infarto cerebral
<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Tuberculosis/Enfermedad pulmonar
<input type="checkbox"/> Condición Cardíaca	<input type="checkbox"/> Ulceras
<input type="checkbox"/> Cirugía cardíaca	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Hepatitis	

Alergias: Codeína Joyas/Metal Látex Novocaína Penicilina
 Otro _____

Mujeres: Esta embarazada Y N si es afirmativo, cuantas semanas _____
Nombre de Medico Ginecólogo (OB/GYN): _____

SALUD DENTAL:

La fecha del último Examen Dental _____ Fecha de su última Limpieza _____
Con qué Frecuencia se cepilla? _____
Sangran sus encías cuando se cepilla? Y N
Con qué frecuencia usa el hilo dental? _____
Usted fuma? Y N si es afirmativo la cantidad _____
Qué clase de cepillo dental utiliza usted? Suave Medio Duro

Verifique por favor todo lo que aplica:

<input type="checkbox"/> Sangrado de las encías	<input type="checkbox"/> Dentaduras
<input type="checkbox"/> Aprieta los dientes	<input type="checkbox"/> Parciales
<input type="checkbox"/> Cruje sus dientes fácilmente	<input type="checkbox"/> Usa Nightguard
<input type="checkbox"/> Dolor de Mandíbula/TMJ	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Dientes Sensible	

Examen clínico y radiográfico Comprendo que las visitas para exámenes pueden requerir radiografías y fotos diagnosticas en orden de completar el examen, diagnostico, y plan de tratamiento.

Firma: _____

Fecha: _____