

## 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: \_\_\_\_\_