

Historia Médica



INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del Paciente: Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____ FDN: MM / DD / AA _____

Lenguajes que habla: Inglés Español Otro: _____

Etnicidad: _____ Raza: _____



INFORMACIÓN DENTAL

¿Tiene o recientemente ha tenido dolor o incomodidad? No Sí, explique: _____

¿Tiene algún problema dental hoy? No Sí, explique: _____



INFORMACIÓN MÉDICA

¿Está o cree poder estar embarazada? No Sí

¿Está recibiendo algún tratamiento médico? No Sí Razón: _____

¿Toma algún medicamento? No Sí Identifique: _____

¿Tiene alergia a alguna medicina? No Sí Identifique: _____

¿Tiene alergia a algún metal? No Sí Identifique: _____

¿Cirugías mayores que haya recibido? No Sí Identifique: _____

¿Ha sufrido alguna enfermedad grave, recientemente? No Sí Identifique: _____

Por favor indique cuales de los siguientes haya padecido o presentemente padece:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos | <input type="checkbox"/> Embolio | <input type="checkbox"/> Alta presión arterial | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Mal de Riñón / Hígado | <input type="checkbox"/> Enfermedad de ojos | <input type="checkbox"/> Tumores o bultos prolongados |
| <input type="checkbox"/> Flujo de sangre | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> SIDA (HIV+) | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Alergia a Anestesia | <input type="checkbox"/> Fuma o Mastica | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea | <input type="checkbox"/> Mal estomacal o de intestinos |
| <input type="checkbox"/> Píldora Anticonceptivas | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Válvula cardiaca artificial | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad a Látex | <input type="checkbox"/> Herpes (empollas labiales) | <input type="checkbox"/> Desmayos o mareos | <input type="checkbox"/> Moretones con facilidad |
| <input type="checkbox"/> Cuidado Psiquiátrico o Psicológico | | | |

¿Existen otros problemas médicos que debemos tomar en cuenta? No Sí, explique: _____

Conforme a mi conocimiento, entiendo que la información anterior esta correcta.

X

Firma

Nombre escrito

Fecha