

Historia Medica

Nombre del Doctor Familiar..... Teléfono (.....) Última visita.....

¿Ha habido algún cambio en su salud durante el último año?.....Y N

En caso positivo, por favor explique.....

¿Ha tenido alguna enfermedad seria u operación?.....Y N

En caso positivo, por favor explique (incluya fechas).....

¿Tiene o a tenido prótesis? (reemplazo de la articulación o implantes).....Y N

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones o enfermedades?

Fiebre Reumática.....	Y	N	Infección en los riñones.....	Y	N
Defecto congénito del Corazón.....	Y	N	Cirugía en los riñones.....	Y	N
Angina o ataque cardíaco (infarto).....	Y	N	Hepatitis.....	Y	N
Soplo cardíaco.....	Y	N	HIV Positivo.....	Y	N
Insuficiencia cardíaca.....	Y	N	Enfermedad venérea (últimos 10 años).....	Y	N
Cirugía cardíaca o marcapasos.....	Y	N	Tuberculosis.....	Y	N
Presión Alta de la sangre.....	Y	N	Desmayos frecuentes.....	Y	N
Presión Baja de la sangra.....	Y	N	Enfermedad del hígado.....	Y	N
Apoplejía.....	Y	N	Artritis.....	Y	N
Asma o Bronquitis.....	Y	N	Úlceras.....	Y	N
Enfisema.....	Y	N	Glaucoma.....	Y	N
Fiebre del heno (alergias) o Sinusitis.....	Y	N	Cáncer.....	Y	N
Diabetes.....	Y	N	Radioterapia (para Cáncer).....	Y	N
Hipertiroidismo.....	Y	N	Epilepsia.....	Y	N
Hipotiroidismo.....	Y	N	¿Fuma tabaco?.....	Y	N
Anemia.....	Y	N	¿Consume otra forma de tabaco?.....	Y	N
¿Sangra mucho cuando se corta?.....	Y	N			

¿Tiene alergia o reacción a las siguientes medicinas?

Alergia al Látex.....	Y	N
Anestesia local.....	Y	N
Penicilina.....	Y	N
Otros Antibióticos.....	Y	N
Codeína.....	Y	N
Otra medicina para el dolor.....	Y	N
Aspirina.....	Y	N
Barbitúricos o Sedantes.....	Y	N
Otras medicinas.....	Y	N

En caso positivo, ¿cuáles?.....

Mujeres solamente, ¿está embarazada?.....Y N

Fecha estimada del parto.....

¿Está tomando alguna de las siguientes medicinas?

Antibióticos.....	Y	N
Anticoagulante.....	Y	N
Esteroides o Cortisona.....	Y	N
Medicina para la presión alta.....	Y	N
Calmantes.....	Y	N
Aspirina.....	Y	N

Por favor anote todas las medicinas recetadas que está tomando.....

.....

.....

.....

Historia Dental

Dentista anterior..... Última visita dental..... Fecha de última radiografía completa.....

¿Tiene dentaduras o dentaduras parciales?.....Y N ¿Ha tenido alguna vez dificultad con

¿Tiene coronas o puentes?.....Y N algún trabajo dental o extracción?.....Y N

¿Ha tenido alguna vez aparatos de ortodoncia?.....Y N ¿Ha tenido alguna vez cirugía de

¿Ha tenido alguna vez cirugía en las encías?.....Y N implantes dentales?.....Y N

¿Necesita estar pre-medicado (tomar antibióticos) antes de sus citas dentales?.....Y N

Patient's Signature: Doctor's Signature: