

Ante Médico	Condicion	Promedicaion	Ampun	Anestesia	Fecha
-------------	-----------	--------------	-------	-----------	-------

### FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel. Res.: ( ) \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona postal: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F

SS#: \_\_\_\_\_ Contacto en Emergencias: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Tel.: ( ) \_\_\_\_\_

Si está llenando este formulario por otra persona, ¿cuál es su relación con ésta?

NOMBRE RELACION

En las preguntas siguientes marque con (X) lo que se aplique. Sus respuestas son sólo para nuestros expedientes y se mantendrán en confidencia de acuerdo con las leyes pertinentes. Favor de tener en cuenta que durante su primera visita se le harán más preguntas acerca de sus respuestas en este cuestionario y podrán hacerse preguntas adicionales acerca de su salud. Esta información es vital para poder proveerle el cuidado apropiado. Esta oficina no usa esta información para discriminar.

### INFORMACIÓN DENTAL

¿Le sangran las encías al cepillarse?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	¿Cómo describiría el problema dental que tiene ahora?
¿Ha recibido tratamiento de ortodoncia (frenos en los dientes)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	_____
¿Tiene los dientes sensitivos al frío, calor, dulce o presión?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	_____
¿Tiene dolores de oído o de cuello?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	Fecha de su último examen dental: _____
¿Ha recibido tratamiento periodontal (de las encías)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	Fecha de los últimos rayos X dentales: _____
¿Usa aparatos (prótesis) dentales removibles?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	¿Qué le hicieron esa vez? _____
¿Ha tenido alguna dificultad seria asociada con cualquier tratamiento dental anteriormente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	¿Qué piensa acerca de la apariencia de sus dientes? _____
Si es así, explique: _____		_____

### INFORMACIÓN MÉDICA

Si contesta que sí a cualquiera de las 3 siguientes, deténgase y lleve este formulario a la recepcionista.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	¿Está tomando o ha tomado recientemente alguna medicina incluyendo medicinas sin receta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas?		Si es así, ¿qué medicinas está tomando?	_____
Tuberculosis activa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	De receta: _____	
Tos persistente por más de tres semanas.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	Sin receta: _____	
Tos que produce sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	Vitaminas, preparaciones naturales o hierbas medicinales, suplementos dietéticos: _____	
¿Se encuentra en buena salud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	¿Está tomando o ha tomado alguna medicina para rebajar de peso como Pondimin (fenfluramina), Redux (dexfenfluramina) o fen-fen (fenfluramina-fentermina)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
¿Ha habido algún cambio en su salud general durante el pasado año?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	¿Toma bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
¿Está al presente bajo el cuidado de un médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	Si es así, ¿cuánto alcohol tomó en la últimas 24 horas?	_____
Si es así, ¿qué condición(es) se está tratando?		¿En la última semana?	_____
Fecha del último examen médico: _____		¿Tiene dependencia del alcohol o de las drogas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
Médico(s):		Si es así, ¿ha recibido tratamiento? (Marque una.) Sí / No	_____
NOMBRE TELEFONO		¿Usa drogas u otra sustancia con fines recreativos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
DIRECCION CIUDAD/ESTADO ZONA POSTAL		Si es así, enumere:	_____
NOMBRE TELEFONO		Frecuencia de uso (diario, semanal, etc.): _____	
DIRECCION CIUDAD/ESTADO ZONA POSTAL		# de años de uso recreativo de drogas: _____	
¿Ha sufrido una enfermedad seria, una operación, o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	¿Usa tabaco (fuma, rapé, masca)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
Si es así, ¿cuál fue la enfermedad o el problema?		Si es así, ¿cuán interesado está en cesar?	_____
_____		(marque uno) Muy interesado / Algo / No tengo interés	_____
_____		¿Usa lentes de contacto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
_____			