

Imprima Por Favor

Fecha _____ Nombre del Paciente _____ Sexo M F Fecha de Nacimiento _____

Nombre de la persona completando el formulario(si no es el paciente) y relacion con el paciente:

Nombre

Relacion

Favor responder a las siguientes preguntas lo mejor que pueda, tomando en cuenta que las respuestas correctasson importantes para la calidad del cuidado. **Toda la información que usted provee sera confidencial.**

Favor Responda Al Circular Si (S) o No (N) Para Cada Pregunta.

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Esta usted bien de salud?..... | S | N |
| 2. Ha habido algun cambio en su salud durante este ultimo ano?..... | S | N |
| 3. Fecha del ultimo examen con el medico _____ | | |
| 4. Este usted actualmente bajo cuidado medico?..... | S | N |
| Si lo esta, cual es la razon? _____ | | |
| Nombre del Medico _____ Telefono _____ | | |
| 5. Ha tenido algun enfermedad seria, operaciones o ha estado hospitalizado?..... | S | N |
| Describa y anote fechas aproximadas _____ | | |
| 6. Ha tenido algun tipo de sedacion intravenenosa o anestesia general?..... | S | N |
| Tuvo algun tipo de efectos negativos?..... | S | N |
| 7. Por lo general, tolera tratamientos dentales sin ningun problema?..... | S | N |
| 8. Tiene O Ha Tenido Alguna Vez: | | |
| A. Enfermedades del corazon detectadas desde su nacimiento?..... | S | N |
| B. Fiebre reumatica o enfermedad del corazon reumatica?..... | S | N |
| C. Enfermedades Cardiovasculares(Dolores de pecho, Problemas de corazon, Ataque al Corazon, Enfermedad de la Arteria, Coronaria, Persion Alta, Palpitaciones, Cirugia de Corazon, Angioplastia o Marcapasos)?..... | S | N |
| D. Enfermedades Pulmonares (Asma, Enfisema, Tos Cronica o Severa, Bronquitis, Neumonia, TB, Falta de Aire,)?.... | S | N |
| E. Desordenes neurologicos (Ataques, Epilepsia, Desmayos, Mareos, o Desordenes Nerviosos)?..... | S | N |
| F. Enfermedades de la Sangre(Sangrado, Anemia, Transfucion de Sangre, o le Salen Moretes Facilmente)?..... | S | N |
| G. Enfermedades del Hgado(Jaundice, Hepatitis)?..... | S | N |
| H. Enfermedades del Rinon?..... | S | N |
| I. Diabetes?..... | S | N |
| J. Enfermedades de la Tiroide (Hipotiroidismo, Tumors)?..... | S | N |
| K. Artritis? En donde?..... | S | N |
| L. Ulceras estomacales o problemas intestinales?..... | S | N |
| M. Glaucoma?..... | S | N |
| N. Llagas o lesions frecuentes en la boca?..... | S | N |
| O. Implantes/artificial en cualquier parte del cuerpo(Corazon, Cadera, Rodilla)?..... | S | N |
| P. Radiacion (tratamiento de rayos x contra el cancer) en la cabeza o cuello?..... | S | N |
| Q. Ruidos en la mandibula, dolor cerca del oido cuando mastica?..... | S | N |
| R. Problemas nasals o sinusitis?..... | S | N |
| S. Alguna enfermedad, medicina, transplante o HIV (que haya disminuido su sistema inmunologica)?..... | S | N |
| T. Infecciones constants de cualquier indole?..... | S | N |

Continua En La Siguiete Pagina

9. Esta Usted Tomando O Utilizc 3 Cualquiera De Lo Siguiente?

A. Antibioticos?.....	S	N
B. Anticoagulantes?.....	S	N
C. Medicaciones para la tiroide?.....	S	N
D. Antihistaminicos, Descongestionates?.....	S	N
E. Presion alta o Corazon?.....	S	N
F. Esteroides?.....	S	N
G. Tranquilizantes, Antidepresivos?.....	S	N
H. Medicinas Estomacales(antiacidos)?.....	S	N
I. Medicinas para reducir el colesterol?.....	S	N
J. Aspirina, ibuprofen, NSAIDS o (medicinas anti-inflamatorias, narcoticos, opio u otro medicamento)?.....	S	N
K. Pastillas para bajar de peso o de dieta (sin prescripcion o naturals)?.....	S	N
L. Vitaminas, remedies naturales (ginko biloba, efedra, ginseng, etc) u otros suplementos?.....	S	N
M. Marihuana, cocaína, u ortas drogas "recreacionales"?.....	S	N
N. Algun otro medicamento, pastillas, suplementos o drogas?.....	S	N
Favor de anotar todas las medicamentos que actualmente ingiere: _____		

10. Es usted alergico o ha tenido alguna reaccion a:

A. Anestesia local (como Nuvocaina)?.....	S	N	F. Codeina,narcoticos, u opio?.....	S	N
B. Penicilina, amoxicilina o cefalosporina?	S	N	G. Latex?.....	S	N
C. Otros antibioticos?.....	S	N	H. Otras alergias o reacciones?.....	S	N
D. Barbituratos, o sedantes?.....	S	N	Favor Enumerar: _____		
E. Aspirina, ibuprofen, NSAIDS, u otro medicamento para el dolor?	S	N	_____		

11. Tiene fiebre, piquetes o alergias en la piel, etc?..... S N
12. Consume alcohol? Cuanto diariamente? Hace cuanto tiempo?..... S N
13. Fuma?..... S N
- Cuanto diariamente? _____ Hace cuanto tiempo? _____
14. Consume tabaco bucal? _____ Hace cuanto tiempo? _____ S N
15. Esta o ha estado en un programa de recuperacion alcoholic o de drogas?..... S N
16. Tiene alguna otra enfermedad, condicion o problema que no haya sido listado que usted piense que el medico deba saber?..... S N
17. Le gustaria platicar con el doctor en privado sobre algun asunto?..... S N
18. Algun comentario adicional? _____

19. MUJERES

A. Toma pastillas anticonceptivas?.....	S	N
B. Esta embarazada, tratando de quedar embarazada o alguna posibilidad que pudiera estar embarazada?	S	N
C. Esta amamantando?.....	S	N
D. Esta tomando alguna reemplazo hormonal?.....	S	N

Entiendo la importancia de la historia de salud verdadera y se que información incompleta puede tener algun efecto en mi tratamiento. De acuerdo a mi conocimiento, la información anteriormente descrita esta completa y es verdadera.

Fecha

Firma de la persona que complete el cuestionario

Iniciales del Medico

Gracias. Favor no escribir nada bajo esta linea.

Revisiones Medicas: Revisado Por
Dr. _____
Fecha _____

Revisiones Medicas: Revisado Por
Dr. _____
Fecha _____

Revisiones Medicas: Revisado Por
Dr. _____
Fecha _____

Revisiones Medicas: Revisado Por
Dr. _____
Fecha _____

Revisiones Medicas: Revisado Por
Dr. _____
Fecha _____