

HISTORIA MEDICA

ESTAS PREGUNTAS SON PARA SU BENEFICIO Y PARA ASEGURARLE QUE EL TRATAMIENTO A SEGUIR SERA BASADO EN SU SALUD PASADA Y PRESENTE. ALGUNAS PREGUNTAS NO TIENEN RELACION ALGUNA CON SU CONDICION DENTAL, PERO ESTAN ASOCIADAS PARA UNA HIGIENE DENTAL APROPIADA. FAVOR DE CONTESTAR CADA PREGUNTA. CIRCULAR SI O NO DONDE SEA NECESARIO.

1. TIENE USTED BUENA SALUD? SI NO
2. FECHA DE SU ULTIMO EXAMEN FISICO _____
3. ESTA USTED BAJO EL CUIDADO DE UN MEDICO? SI NO
SI ES ASI, CUAL ES LA CONDICION POR LA CUAL ESTA SIENDO TRATADO (A)? _____
4. HA TENIDO USTED ALGUNA VEZ UNA ENFERMEDAD SERIA O HA SIDO OPERADO (A)? SI NO
SI ES ASI, QUE ENFERMEDAD U OPERACION FUE? _____
5. HA ESTADO ALGUNA VEZ HOSPITALIZADO (A)? SI NO
SI SU RESPUESTA ES SI, CUAL HA SIDO EL PROBLEMA? _____
6. ESTA USTED TOMANDO ALGUNA MEDICINA? SI NO
SI SU RESPUESTA ES SI, FAVOR DAR EL NOMBRE? _____ DOSIS _____
7. ES USTED ALERGICO O ALGUNA MEDICINA? SI NO SI SU RESPUESTA ES SI, FAVOR DE CIRCULAR: PENICILINA TETRACICLINA
 SULFA DRUGS? ASPIRINA CODEINA OTRO. SI ES OTRO, CUAL MEDICINA? _____
8. ¿ES USTED SENSIBLE AL LÁTEX? SI NO
9. ¿ALGUNA VEZ HA TOMADO MEDICAMENTOS RECETADOS PARA BAJAR DE PESO (PÍLDORAS DE DIETA)? SI NO
SI ASÍ FUE, ¿TOMÓ ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?:
FEN-PHEN (FENFLURAMINA-FENPETMINA) SI NO
PONDIMINE (FENFLURAMINA) SI NO
REDUX (DEXFENFLURAMINA) SI NO
10. USTED TIENE O HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES? FAVOR MARCAR CON X LAS CONDICIONES QUE USTED CONOCE ...
HABER TENIDO O QUE TIENE EN EL PRESENTE

SI NO <input type="checkbox"/> ANEMIA <input type="checkbox"/> HERPES <input type="checkbox"/> ULCERAS <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> GLAUCOMA <input type="checkbox"/> ARTRITIS <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> SINUSITIS <input type="checkbox"/> ENFISEMA <input type="checkbox"/> TOXICOMANIA <input type="checkbox"/> TONSOLITIS <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/> HEMOFILIA <input type="checkbox"/> REUMATISMO	SI NO <input type="checkbox"/> SOPLO CARDIACO <input type="checkbox"/> DEBILIDAD CORONARIA <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DEL HIGADO <input type="checkbox"/> FIEBRE ESCARLATA <input type="checkbox"/> VIRUELAS LOCAS <input type="checkbox"/> QUIMOTERAPIA <input type="checkbox"/> EPILEPSIA O ATAQUE <input type="checkbox"/> MEDICINA DE CORTISONA <input type="checkbox"/> PROTESIS ARTIFICIAL <input type="checkbox"/> FIEBRE DEL HENO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DEL RINON <input type="checkbox"/> ANGINA DE PECHO <input type="checkbox"/> MENTAL DISORDEN <input type="checkbox"/> FIEBRE REUMATICA	SI NO <input type="checkbox"/> PARALISIS CEREBRAL <input type="checkbox"/> TRANSFUSION DE SANGRE <input type="checkbox"/> DESORDEN DE LOS NERVIOS <input type="checkbox"/> TUMORES <input type="checkbox"/> ALERGIAS O URTICARIAS <input type="checkbox"/> SANGRAR EXCESIVO <input type="checkbox"/> AMPULAS EN LA BOCA <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO PSIQUIATRICO <input type="checkbox"/> ATAQUE DE PARALISIS <input type="checkbox"/> HIPERTENSION ARTERIAL <input type="checkbox"/> REEMPLAZO DE ARTICULACIONES <input type="checkbox"/> DOLOR EN LA QUIJADA <input type="checkbox"/> HEPATITIS O ICTERICIA <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE LA TIROIDES	SI NO <input type="checkbox"/> MORETEARSE CON FACILIDAD <input type="checkbox"/> LESION CONGENITA DEL CORAZON <input type="checkbox"/> DIFICULTAD EN TRAGAR <input type="checkbox"/> DOLENCIA O ATAQUE DEL CORAZON <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO RADIOGRAFICO <input type="checkbox"/> TRAUMA AL CEREBRO (GOLPES) <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL SIDA <input type="checkbox"/> DESMAYOS O ATAQUES <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO DE RADIACION DE CUALQUIER CLAS <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES RESPIRATORIAS <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD VENEREA (SIFILIS, GONORREA) <input type="checkbox"/> SINDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES DE LA SANGRE <input type="checkbox"/> OTRO _____
--	---	--	---

11. USTED USA UN MARCADOR DE PASOS, O HA TENIDO ALGUNA OPERACION EN EL CORAZON? SI NO
12. USTED TIENE ALGUN PROBLEMA O CONDICION NO MENCIONADO ANTERIORMENTE?
QUE USTED CREA NECESARIO HACERNOSLO SABER? SI NO
SI SU RESPUESTA ES SI, CUAL ES LA CONDICION O PROBLEMA? _____
13. (MUJER) ESTA USTED EMBARAZADA? SI NO
SI SU RESPUESTA ES SI, CUANTOS MESES TIENE? _____
14. (MUJER) TIENE USTED ALGUN PROBLEMA RELACIONADO CON SU PERIODO MENSTRUAL? SI NO
15. (MUJER) USTED TOMA PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS? SI NO

SI ALGUNA VEZ TENGO ALGUN CAMBIO EN MI SALUD O EN MI MEDICAMENTOS YO INFORMARE A MI DENTISTA EN MI PROXIMA CITA.

DATE: _____ SIGNATURE: _____

DO NOT WRITE IN THIS SPACE - FOR OFFICE USE ONLY				
REVIEWED BY:	YEAR 1	YEAR 2	YEAR 3	
INITIALS: _____ YEAR 1				DATE
INITIALS: _____ YEAR 2				BP
				PULSE
INITIALS: _____ YEAR 3				TEMP

ANO 2
CAMBIOS EN SALUD _____
FECHA _____ FIRMA _____

ANO 3
CAMBIOS EN SALUD _____
FECHA _____ FIRMA _____

ESTÉ QUESTIONARIO DE SALUD TIENE QUE ESTAR AL DIA.

INFORMACION FINANCIERA

1. TIENE SEGURO DENTAL? SI NO
NOMBRE DE COMPANIA DE SU SEGURO _____
DIRECCION DE COMPANIA DE SEGURO _____
NO. DE POLIZA _____ NO. LOCAL _____ NO. DEL SEGURO SOCIAL _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
NOMBRE DE SEGURO _____
2. TIENE UN PLAN SECUNDARIO? SI NO
NOMBRE DE COMPANIA DE SU SEGURO _____
DIRECCION DE COMPANIA DE SU SEGURO _____
NO. DE POLIZA _____ NO. LOCAL _____ NO. DEL SEGURO SOCIAL _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
NOMBRE DE SEGURO _____