

HISTORIA DE SALUD

Nombre del paciente

Inicial

Apellido

F. Nacimiento

Sexo

Masculino Femenino

PREGUNTAS DE SALUD

1. ¿Ha tenido alguna enfermedad grave, operaciones u hospitalización?

Sí No

2. ¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico?

Sí No

Nombre, dirección y # teléfono del doctor

¿Tiene usted o tenía alguna vez usted alguno de los siguientes?

Salud cardiovascular

3. Alta presión sanguínea Sí No
4. Angina o un ataque de corazón Sí No
5. Dolor en el pecho debido a esfuerzo Sí No
6. Coronaria bloqueio o tratamiento (bypass coronario, stent, etc.) Sí No
7. Problema válvular o reemplazo Sí No
8. Soplo de corazón Sí No
9. Enfermedad cardíaca, problema o tratamiento Sí No
10. Fiebre reumática Sí No
11. Uso de Fen-Phen en el pasado Sí No
12. Latidos cardíacos irregulares o un marcapasos Sí No
13. Dificultad para respirar al acostarse Sí No
14. Infarto Sí No
15. Presión arterial baja Sí No

Salud respiratoria

16. Asma Sí No
17. Enfisema o problemas respiratorios Sí No
18. Sinusitis crónica Sí No
19. La tuberculosis o tos persistente Sí No

Sistema endocrino

20. Diabetes Sí No
21. Tiene sed u orina frecuentemente Sí No
22. Problemas de tiroides Sí No
23. Sangrado anormal o le salen moretones Sí No
24. Hemophilia Sí No
25. Enfermedad sanguínea/anemia Sí No
26. Cáncer Sí No
27. Tratamiento de quimioterapia/radiación Sí No
28. VIH/SIDA Sí No
29. Herpes Sí No
30. Trasplante de Órganos Sí No
31. Transfusión de Sangre Sí No

Medicamentos

60. ¿Está tomando algún medicamento con prescripción, de venta libre o hierbas medicinales?

Sí No

Por favor enumere la dosis tomada:

61. ¿Usa o a usado medicamentos bifosfonatos (Fosamax, Actonel, Boniva, Skelid, Didronel, Aredia, Zometa o Bonefos)?

Sí No

Social

62. ¿Usa tabaco? Sí No Cantidad _____ Por Dia
63. ¿Usa alcohol? Sí No Cantidad _____ Por Dia Por Semana
64. ¿Usa drogas recreativas? Sí No Cantidad _____ Por Dia
65. ¿Tiene cualquier otra condición médica que no a mencionado? Sí No

Por favor liste:

Por medio de la presente certifico que he leído y completado el cuestionario de salud en su totalidad. He estipulado todos los problemas médicos de los que tengo conocimiento. El suscrito certifica y da su consentimiento para que se le tomen radiografías y se le examine.

Firma del PACIENTE o TUTOR LEGAL _____

Fecha _____

Firma del DENTISTA _____

ID# _____

Fecha _____

ACTUALIZAR

¿Ha habido algún cambio en su salud, incluyendo los medicamentos que toma, desde la última que completo este formulario?

Sí No

Firma del PACIENTE o TUTOR LEGAL _____

Firma del DENTISTA _____

Fecha _____

Fecha _____