



Medical Center: 1831 North Fayetteville Street • Asheboro, NC 27203
Phone: 336-672-1300 / Fax: 336-672-3044

Dental Center: 308 Brewer Street • Asheboro, NC 27203
Phone: 336-610-7000 / Fax: 336-610-7003

HISTORIAL MÉDICO – Por favor use letra imprenta

Nombre del Paciente: _____ MR#: _____ Fecha: _____

¿Está bajo cuidado de un médico? Sí No Si es sí, explique: _____

¿Está tomando algún medicamento? Si es sí, lístelos: _____

¿Está tomando alguna medicina de yerbas o vitaminas? Sí No

¿Cuándo fue su última vacuna contra el tétano? _____

¿Cuándo fue su último examen médico completo? _____

¿Está en alguna dieta especial? Sí No

¿Usa productos de tabaco? Sí No

¿Usa sustancias controladas? Sí No

Alguna vez:

Ha estado hospitalizado? Sí No Si es sí, explique: _____

Ha estado expuesto a asbesto, polvo químico o ruidos fuertes? Sí No ¿Cuál? _____

Ha tenido una lesión seria en la cabeza o cuello? Sí No

Ha tomado Phen-Fen o Redux? Sí No

Ha usado tabaco? Sí No Con qué frecuencia: _____

Ha usado alcohol? Sí No

Ha usado sustancias controladas Sí No

Mujeres solamente:

¿Está usted embarazada/tratando de quedar embarazada? Sí No ¿Amamantando? Sí No ¿Tomando anticonceptivos? Sí No

¿Problemas femeninos? Sí No Liste: _____

No. de Embarazos _____ Partos _____ No. de Pérdidas/Abortos _____

Historial Médico:

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

<input type="checkbox"/> Papanicolaou anormal	<input type="checkbox"/> SIDA/VIH Positivo	<input type="checkbox"/> Enfermedad Alzheimer	<input type="checkbox"/> Anafilaxia	<input type="checkbox"/> Angina
<input type="checkbox"/> Artritis/Gota	<input type="checkbox"/> Válvula Cardíaca artificial	<input type="checkbox"/> Articulación artificial	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre
<input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre	<input type="checkbox"/> Problemas para respirar	<input type="checkbox"/> Se hace moretones con facilidad	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Quimioterapia
<input type="checkbox"/> Dolores al pecho	<input type="checkbox"/> Úlcera bucal/ampolla	<input type="checkbox"/> Desorden coronario congénito	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Medicina con cortisona
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Falta de aire frecuente	<input type="checkbox"/> Endocarditis	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones
<input type="checkbox"/> Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> Desmayo/mareos	<input type="checkbox"/> Tos frecuentes	<input type="checkbox"/> Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza frecuente
<input type="checkbox"/> Cálculos biliares/Vesícula	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Fiebre del heno (Alergias)	<input type="checkbox"/> Ataque al corazón/fallo	<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco
<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Problemas al corazón	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Hepatitis B o C
<input type="checkbox"/> Presión alto de sangre	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Urticaria o sarpullido	<input type="checkbox"/> Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Ritmo cardíaco anormal
<input type="checkbox"/> Problemas al riñón/vejiga	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Enfermedad al hígado	<input type="checkbox"/> Enfermedad al pulmón	<input type="checkbox"/> Problemas masculinos
<input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula Mitral	<input type="checkbox"/> Dolor en la articulación maxilar	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Abuso de drogas/alcohol	<input type="checkbox"/> Enfermedad paratiroides
<input type="checkbox"/> Cuidados psiquiátricos	<input type="checkbox"/> Tratamientos de Radiación	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso reciente	<input type="checkbox"/> Diálisis renal	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática
<input type="checkbox"/> Reumatismo	<input type="checkbox"/> Fiebre escarlata	<input type="checkbox"/> Herpes, culebrilla	<input type="checkbox"/> Anemia falciforme	<input type="checkbox"/> Sinusitis
<input type="checkbox"/> Espina bífida	<input type="checkbox"/> Problemas a la piel	<input type="checkbox"/> Enfermedad estomacal/intestinal	<input type="checkbox"/> Accidente cardio-vascular	<input type="checkbox"/> Hinchazón de extremidades
<input type="checkbox"/> Enfermedad a la tiroides	<input type="checkbox"/> Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Tumores o neoplasia	<input type="checkbox"/> Úlceras
<input type="checkbox"/> Enfermedad venérea (ETS)		<input type="checkbox"/> Ictericia amarillo		

Otros (describir): _____





Medical Center: 1831 North Fayetteville Street • Asheboro, NC 27203
Phone: 336-672-1300 / Fax: 336-672-3044

Dental Center: 308 Brewer Street • Asheboro, NC 27203
Phone: 336-610-7000 / Fax: 336-610-7003

Alergias

¿Es usted alérgico a alguno de los siguientes?:

Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metal Látex Anestésicos locales
 Otro, por favor indique _____

Historia Familiar: Liste todas las condiciones médicas en su familia:

Padre: _____
Madre: _____
Abuelo Paterno: _____
Abuela Paterna: _____
Abuelo Materno: _____
Abuela Materna: _____
Hermanos: _____
Hijos: _____

Pacientes Dentales Solamente:

Por favor maque si alguna de las siguientes le corresponde:

Absceso dental Se muerde las uñas/objetos Mastica tabaco Se atraganta con facilidad Dolor alrededor de las orejas
 Comida en los dientes Sangramiento de encías Rechina los dientes Infección en las encías Encías sensibles
 Mal aliento Ampollas Dificultad para mascar Dientes sueltos Sensibilidad a caliente/frío
 Mal gusto Masca por un solo lado Boca seca Dientes faltantes Dientes manchados

COMENTARIOS: _____

Según mi conocimiento, las preguntas en este formulario han sido respondidas en forma exacta. Entiendo que entregar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina médica y/o dental de cualquier cambio en mi estado médico.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____
Firma del Tercero Responsable: _____ Fecha: _____

