



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, listelos: \_\_\_\_\_

¿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 \_\_\_\_\_

#### **Alergias**

¿Es usted alérgico a alguno de los siguientes?:

Aspirina  Penicilina  Codeína  Acrílico  Metal  Látex  Anestésicos locales \_\_\_\_\_

Otro, por favor indique \_\_\_\_\_

#### **Historial De Salud Del Comportamiento:**

##### **Alguna vez:**

¿Le han diagnosticado un trastorno de salud mental?  Sí  No

¿Le han diagnosticado un trastorno de abuso de sustancias?  Sí  No

¿Ha sido hospitalizado en un centro psiquiátrico?  Sí  No Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

¿Has estado en desintoxicación?  Sí  No Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

¿Has visto a un profesional de la salud mental?  Sí  No Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

¿Ha sido visto por un profesional del uso de sustancias?  Sí  No En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Ha estado involucrado en algún cargo legal?  Sí  No Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

¿Has pensado en hacerte daño a ti mismo o a otros?  Sí  No Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguno de los siguientes síntomas?: (Marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Atracones / Purgas	<input type="checkbox"/> Hechizos de llanto (frecuencia): _____	<input type="checkbox"/> Evitación	<input type="checkbox"/> Fácilmente distraído
<input type="checkbox"/> Dificultad para quedarse dormido	<input type="checkbox"/> Depresión / estado de ánimo bajo	<input type="checkbox"/> Preocupación excesiva	<input type="checkbox"/> Nervioso
<input type="checkbox"/> Dificultad para despertarse	<input type="checkbox"/> Interés disminuido	<input type="checkbox"/> Corazón late sin ninguna razón aparente	
<input type="checkbox"/> Olvidadizo	<input type="checkbox"/> Comer en exceso	<input type="checkbox"/> Culpa excesiva / inapropiada	<input type="checkbox"/> Recuerdos
<input type="checkbox"/> Ataques de pánico (frecuencia): _____	<input type="checkbox"/> Alta energía / manía	<input type="checkbox"/> Sin esperanza / Impotente	<input type="checkbox"/> Fobias: _____
<input type="checkbox"/> Tirón del pelo	<input type="checkbox"/> Baja energía / fatiga	<input type="checkbox"/> Irritabilidad	<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar
<input type="checkbox"/> Acaparamiento	<input type="checkbox"/> Pesadillas	<input type="checkbox"/> Aislamientos de otros / Retirados socialmente	
<input type="checkbox"/> Temblor/sacudida	<input type="checkbox"/> Pensamientos intrusivos	<input type="checkbox"/> Poco apetito	<input type="checkbox"/> Posparto
<input type="checkbox"/> Aumento/pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Actividades diarias deficientes (AD)	<input type="checkbox"/> Mareo inexplicable	<input type="checkbox"/> Recogiendo la piel

**Pacientes Dentales Solamente:**

Por favor maque si alguna de las siguientes le corresponde:

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

COMENTARIOS:

**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"/> Hipoglicemia              | <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 siquiátricos         | <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):

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

Padre: \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_

Abuelo Paterno: \_\_\_\_\_

Abuela Paterna: \_\_\_\_\_

Abuelo Materno: \_\_\_\_\_

Abuela Materna: \_\_\_\_\_

Hermanos: \_\_\_\_\_

Hijos: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

