



Historial Médico

Paciente: _____

Medico: _____ Fecha De Ultima Visita: _____

Anote todos los medicamentos que esta tomando actualmente con dosis:

Indique todas sus alergias:

Esta embarazada? Si No Amamantando? Si No Tomando pastillas anticonceptivas? Si No

Indicar cual do las siguientes ha tenido o tiene en la actualidad: (*marque todas las que apliquen*).

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sida | <input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Llagas Labiales | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Falta de Aliento |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Tratamientos de | <input type="checkbox"/> HIV Positivo | <input type="checkbox"/> Problemas de Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Ansiedad | Cortisona | <input type="checkbox"/> Dolor de Mandibula | <input type="checkbox"/> Erupciones en la Piel |
| <input type="checkbox"/> Artritis Reumatismo | <input type="checkbox"/> Tos Persistente | <input type="checkbox"/> Problemas de Rinon | <input type="checkbox"/> Ataque de Paralisis |
| <input type="checkbox"/> Valvula de Corazon | <input type="checkbox"/> Tos con Sangre | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al Latex | <input type="checkbox"/> Tobillos Hinchados |
| Artificial | <input type="checkbox"/> Diabetis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Higado | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroide |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones Artificiales | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Prolapso de la Valvula | <input type="checkbox"/> Habito de tabaco |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Desmayos | Mitral | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Espalda | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Problemas Neurologicos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Murmullo en el Corazon | <input type="checkbox"/> Cuidado Psiquiatrico | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venerea |
| <input type="checkbox"/> Dependencia Quimica | <input type="checkbox"/> Problemas Cardiacas | <input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiacion | |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica | |
| <input type="checkbox"/> Otro: | | | |

Explique las respuestas positivas de la lista anterior:

Usa Ud. Tabaco? Si No Explique _____

Usa Ud. Alcohol? Si No Explique _____

Usa Ud. Drogas Ilicitas? Si No Explique _____

Durante los ultimos 5 anos, ha sido hospitalizado por una operación o enfermedad seria?

Firma de el Dentista: _____ Fecha: _____

Reseña Histórica _____ Reseña Histórica _____ Reseña Histórica _____ Reseña Histórica _____