



## 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 \_\_\_\_\_