

## Historia Médica

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Address del Paciente: \_\_\_\_\_

Telephone #: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

1. Sí No ¿Está en buena salud general? (Is your general health good?)
2. Sí No ¿Han habido cambios en salud durante el último años?  
(Has there been a change in your health within the last year?)
3. Sí No ¿Ha estado hospitalizado/a o ha tenido de una enfermedad grave en los últimos tres años?  
¿Si Sí, por qué? \_\_\_\_\_  
(Have you been hospitalized or had a serious illness in the last 3 years? If yes, what/why?)
4. Sí No ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? ¿Para qué? \_\_\_\_\_  
Fecha de su último examen médico: \_\_\_\_\_ cita dental: \_\_\_\_\_  
(Are you being treated by a dr. now? For what? Date of last medical/dental exam?)
5. Sí No ¿Ha tenido problemas con algún tratamiento dental en el pasado?  
(Have you had problems with prior dental treatment?)
6. Sí No ¿Tiene algún dolor ahora? (Are you in pain now?)

### Ha Notado:

- |           |   |   |
|-----------|---|---|
| 7. Sí No  | ¿Dolor de pecho (angina)?                             | Chest Pain (Angina)                     |
| 8. Sí No  | ¿Los tobillos hinchados?                              | Swollen Ankles                          |
| 9. Sí No  | ¿Falta de aliento?                                    | Shortness of Breath                     |
| 10. Sí No | ¿Reciente pérdida de peso, fiebre, sudor en la noche? | Recent weight loss, fever, night sweats |
| 11. Sí No | ¿Tos persistente o tos con sangre?                    | Persistent cough, coughing up blood     |
| 12. Sí No | ¿Problemas de sangramiento, moretes?                  | Bleeding problems, bruising easily      |
| 13. Sí No | ¿Problemas nasales (sinusitis)?                       | Sinus Problems                          |
| 14. Sí No | ¿Dificultad al tragar?                                | Difficulty Swallowing                   |
| 15. Sí No | ¿Diarrea, estreñimiento, sangre en la orina?          | Diarrhea, constipation, blood in stools |
| 16. Sí No | ¿Vómitos con frecuencia, náuseas?                     | Frequent vomiting, nausea               |
| 17. Sí No | ¿Dificultad al orinar, sangre en la orina?            | Difficulty urinating, blood in urine    |
| 18. Sí No | ¿Mareos?  | Dizziness                               |
| 19. Sí No | ¿Ruidos o zumbidos en los oídos?                      | ringing in Ears                         |
| 20. Sí No | ¿Dolores de cabeza?                                   | Headaches                               |
| 21. Sí No | ¿Desmayos?  | Fainting Spells                         |
| 22. Sí No | ¿Vista borrosa?                                       | Blurred Vision                          |
| 23. Sí No | ¿Convulsiones?  | Seizures                                |
| 24. Sí No | ¿Sed excesiva?  | Excessive Thirst                        |
| 25. Sí No | ¿Orina con frecuencia?                                | Frequent Urination                      |
| 26. Sí No | ¿Boca seca?   | Dry Mouth                               |
| 27. Sí No | ¿Ictericia?   | Jaundice                                |
| 28. Sí No | ¿Dolor o rigidez en las articulaciones?               | Joint pain, stiffness                   |

### Tiene O Ha Tenido:

- |           |   |  |
|-----------|---|--|
| 29. Sí No | ¿Enfermedades del corazón?                                    | Heart Disease                              |
| 30. Sí No | ¿Infarto de corazón, defectos en el corazón?                  | Heart Attack, Heart Defects                |
| 31. Sí No | ¿Soplos en el corazón?  | Heart Murmurs                              |
| 32. Sí No | ¿Fiebre reumática?  | Rheumatic Fever                            |
| 33. Sí No | ¿Apoplejía, endurecimiento de las arterias?                   | Stroke, Hardening of Arteries              |
| 34. Sí No | ¿Presión sanguínea alta?                                      | High Blood Pressure                        |
| 35. Sí No | ¿Asma, tuberculosis, enfisema, otras enfermedades pulmonares? | Asthma, TB, Emphysema, Other Lung Diseases |

36.	Sí	No	¿Hepatitis, otras enfermedades del hígado?	Hepatitis, Other Liver Diseases
37.	Sí	No	¿Problemas del estómago, úlceras?	Stomach Problems, Ulcers
38.	Sí	No	¿Alergias a remedios, comidas, medicamentos, látex?	Allergies to drugs, food, meds, latex
39.	Sí	No	¿Familiares con diabetes, problemas de corazón, tumores?	Family history of diabetes, heart problems, tumors
40.	Sí	No	¿SIDA?	AIDS
41.	Sí	No	¿Tumores, cáncer?	Tumors, Cancer
42.	Sí	No	¿Artritis, reuma?	Arthritis, Rheumatism
43.	Sí	No	¿Enfermedades de los ojos?	Eye Disease
44.	Sí	No	¿Enfermedades de la piel?	Skin Disease
45.	Sí	No	¿Anemia?	Anemia
46.	Sí	No	¿Enfermedades venéreas (sífilis o gonorrea)?	VD
47.	Sí	No	¿Herpes?	Herpes
48.	Sí	No	¿Enfermedades renales (riñón), vejiga?	Kidney, Bladder Disease
49.	Sí	No	¿Enfermedades de tiroides o glándulas suprarrenales?	Thyroid, Adrenal Disease
50.	Sí	No	¿Diabetes?	Diabetes

Tiene O Ha Tenido:

51.	Sí	No	¿Tratamiento psiquiátrico?	Psychiatric Care
52.	Sí	No	¿Tratamientos de radiación?	Radiation Treatments
53.	Sí	No	¿Quimioterapia?	Chemotherapy
54.	Sí	No	¿Válvula artificial del corazón?	Prosthetic Heart Valve
55.	Sí	No	¿Articulación artificial?	Artificial Joint
56.	Sí	No	¿Hospitalizaciones?	Hospitalization
57.	Sí	No	¿Transfusiones de sangre?	Blood Transfusions
58.	Sí	No	¿Cirugías?	Surgeries
59.	Sí	No	¿Marcapasos?	Pacemaker
60.	Sí	No	¿Lentes de contacto?	Contact Lenses

Está Tomando:

61.	Sí	No	¿Drogas de uso recreativo?	Recreational Drugs
62.	Sí	No	¿Remedios, medicamentos, medicamentos sin receta (incluyendo aspirina)?	Drugs, Meds, OTC Meds (including aspirin), Natural Remedies
63.	Sí	No	¿Tabaco de cualquier tipo?	Tobacco in any form
64.	Sí	No	¿Alcohol (bebidas alcohólicas)?	Alcohol

Liste por favor: \_\_\_\_\_

Sólo Para Mujeres:

65.	Sí	No	¿Está o podría estar embarazada o dando pecho?	Pregnant or Nursing
66.	Sí	No	¿Está tomando pastillas anticonceptivas?	Taking Birth Control Pills

Para Todos los Pacientes:

67.	Sí	No	¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico que NO está en este cuestionario?	Other diseases or problems NOT listed on this form
-----	----	----	---	--

Si Sí, explique: \_\_\_\_\_

Que yo sepa, he respondido completamente y correctamente toda las preguntas. Informaré a mi dentista si hay algún cambio en mi salud y/o en los medicamentos que tomo.

Firma del Paciente

Fecha