axiscommunityhealth

HISTORIAL MEDICO

Nombre del Paciente_____Archivo_____

¿Usted tiene un Doctor personal? ☐ Si ☐ No

Nombre del Doctor:_____

Numero de Telefono: (___)_____ Fecha de la ultima visita:_____

Actualmente su salud fisica es: ☐ **Buena** ☐ **Regular** ☐ **Pobre**

¿Esta usted bajo el cuidado de algun Medico? ☐ Si ☐ No

Favor de expliquar:_____

¿Usted fuma o usa tabaco de otra manera? ☐ Si ☐ No

¿Usted tiene metal, alfileres, o implantes en su cuerpo? ☐ Si ☐ No

¿Usa usted algun medicamento por su cuenta? ☐ Si ☐ No

Favor de enumerar:_____

¿Alguna vez ha tomado Phen-Fen? ☐ Si ☐ No

Tambien conocido como Redux o Pondimin.

¿Si su respuesta es "Si", cuando? ☐ Si ☐ No

Ha padecido usted de alguna de las siguientes enfermedades o problemas medicos?

Si	No	Sangra con facilidad	Si	No	Hepatitis
Si	No	SIDA	Si	No	Herpes Zoster/Culebrilla
Si	No	Alchol/Abuso de Drogas	Si	No	Presion Arterial Alta
Si	No	Anemia	Si	No	VIH
Si	No	Artritis	Si	No	Hospitalizado por alguna razon
Si	No	Huesos Artificiales/Coyunturas	Si	No	Problemas del Rinon
Si	No	Asma	Si	No	Problemas del Higado
Si	No	Transfucion de Sangre	Si	No	Presion Arterial Baja
Si	No	Cancer/Quimoterapia	Si	No	Prolapso: Valvula Mitral
Si	No	Colitis	Si	No	Marcapaso
Si	No	Defecto Congenital del Corazon	Si	No	Problemas Psiquiatricos
Si	No	Diabetes	Si	No	Tratamiento de Radiacion
Si	No	Dificultades Respiratorias	Si	No	Fiebre Reumatica/Escarlatina
Si	No	Enfisema	Si	No	Convulsiones
Si	No	Epilepsia	Si	No	Anemia de Celula Falciforme
Si	No	Desmayos	Si	No	Sinusitis
Si	No	Dolores de Cabeza Severos/Frecuente	Si	No	Ataques
Si	No	Glaucoma	Si	No	Problemas con la Tiroides
Si	No	Fiebre del Heno	Si	No	Tuberculosis (TB)
Si	No	Ataque del Corazon/Cirugia	Si	No	Ulceras
Si	No	Soplo	Si	No	Enfermedades Venereas
Si	No	Hemofilia			

Por favor, enumere cualquier otra condicion medica seria que haya padecido:

_____

_____

¿Es usted alergico a alguno de los siguientes medicamentos?

Si	No	Anestesico Dental	Si	No	Eritomicina	Si	No	Penicilina
Si	No	Aspirina	Si	No	Latex	Si	No	Tetraciclina
Si	No	Codeina	Si	No	Otros			

Para Mujeres: ¿Toma pastillas anti-conceptivas? ☐ Si ☐ No

¿Esta usted embarazada? ☐ Si ☐ No Num. de Semanas_____

¿Esta usted lactando? ☐ Si ☐ No

HISTORIAL DENTAL

Razon por la cual visita al dentista hoy?_____

_____

¿Siente dolor? ☐ Si ☐ No

¿Requiere antibioticos antes de su tratamiento dental? ☐ Si ☐ No

Actualmente su salud dental es:

☐ **Buena** ☐ **Regular** ☐ **Pobre**

¿Ha tenido problemas serios con algun tratamiento dental previo? ☐ Si ☐ No

¿Usa el hilo dental a diario? ☐ Si ☐ No

¿Se cepilla a diario? ☐Si ☐ No

¿Tipo de cepillo que usa? ☐ Duro ☐ Mediano ☐ Suave

¿Ha tenido tratamiento en sus encias? ☐ Si ☐ No

¿Le sangran su encias? ☐ Si ☐ No ¿Tiene Comenzon? ☐ Si ☐ No

¿Ha tenido enfermedad periodontal? ☐ Si ☐ No

¿Ha sentido usted dolor o molestia en la coyuntura temporo mandibular (TNJ, TMD)? ☐ Si ☐ No

¿Sus dientes son sensible a lo caliente, frio, o a cualquier otra cosa?

_____

¿Tiene movimiento en sus dientes? ☐ Si ☐ No

¿Todavia tiene las muelas del juicio? ☐ Si ☐ No

Fecha del ultimo examen y radiografias_____

A mi mejor entendimiento la informacion dada hoy es correcta. Tambien entiendo que la misma es confidencial y que es mi responsabilidad notificar a la oficina cambios en mi condicion de salud. Autorizo al personal dental a practicar los servicios dentales que sean necesarios para luego de haber sido informado dar mi consentimitento para diagnostico y tratamiento.

Firma_____ Fecha_____

Presion Arterial_____/_____
Peso_____

Uso Oficial **Uso Oficial**

Yo he revisado verbalmente la informacion medica/dental que aparece arriba con el paciente aqui mencionado.

Iniciales:_____ Fecha:_____

Comentarios del Dentista:_____

_____

_____

HISTORIAL MEDICO AL DIA

¿Ha tenido algun cambio en su estado de salud desde su ultima visita?

Favor de explicar _____

¿Ha tenido algun cambio en su estado de salud desde su ultima visita?

Favor de explicar _____

_____
Firma del Paciente Fecha

_____
Firma del Dentista Fecha

_____
Firma del Paciente Fecha

_____
Firma del Dentista Fecha