



# Historial Medico

Nos da gusto darle la bienvenida a nuestra oficina. Por favor tome unos minutos para llenar esta forma lo más completa que pueda. Si tiene alguna pregunta, con gusto lo ayudaremos.

## Información del Paciente

Nombre _____			Apellido _____			Segundo Nombre _____			Sexo	
Fecha de Nacimiento _____			Seguro Social _____			Correo Electrónico _____			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transexual	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo
Domicilio _____			Ciudad _____			Estado _____			Código Postal _____	
Numero de Teléfono de Casa _____			Marque esta caja si el domicilio y numero de teléfono son el mismo para toda la familia						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

### 1. El Problema Médico o Dental de Hoy:

### 2. Drogas y Medicamentos

¿Esta usted tomando cualquier medicamento recetado o sin receta? Si tiene más medicinas o no puede recordar sus nombres, por favor traiga todos los pomos de todas sus recetas o una lista actualizada de sus medicamentos.

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### 3. Condiciones del Presente o el Pasado

Por favor indique cualquier condición con la cual usted ha sido diagnosticada o alguna vez fue diagnosticado.

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Dolor de Pecho<br><input type="checkbox"/> Fatiga/Cansado Frecuentemente<br><input type="checkbox"/> Dificultad para Respirar<br><input type="checkbox"/> Dolor de Articulación / Inflamación<br><input type="checkbox"/> Cambios en su Peso<br><input type="checkbox"/> Soplo del Corazón<br><input type="checkbox"/> Marcapasos Cardíaco<br><input type="checkbox"/> Tobillos Inflamados<br><input type="checkbox"/> Prolapso de la Válvula Mitral<br><input type="checkbox"/> Remplazo de Articulación o Implante<br><input type="checkbox"/> Desmayo<br><input type="checkbox"/> Baja Presión Sanguínea<br><input type="checkbox"/> Anemia<br><input type="checkbox"/> Epilepsia o Convulsiones<br><input type="checkbox"/> Cáncer<br><input type="checkbox"/> Terapia de Radiación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Leucemia<br><input type="checkbox"/> Alta Presión Sanguínea<br><input type="checkbox"/> Diabetes<br><input type="checkbox"/> Problemas de la Orina/Riñones<br><input type="checkbox"/> Embolia<br><input type="checkbox"/> SIDA o VIH<br><input type="checkbox"/> Enfermedades Transmitidas Sexualmente<br><input type="checkbox"/> Hepatitis A B C _____<br><input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides<br><input type="checkbox"/> Alta Colesterol<br><input type="checkbox"/> Fiebres de Heno/Alergias<br><input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco<br><input type="checkbox"/> Asma<br><input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón<br><input type="checkbox"/> Enfisema<br><input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Artritis<br><input type="checkbox"/> Osteoporosis<br><input type="checkbox"/> Problemas Estomacales/Ulceras<br><input type="checkbox"/> Glaucoma/Problemas con los Ojos<br><input type="checkbox"/> Fiebre Reumática<br><input type="checkbox"/> Enfermedad de Hígado<br><input type="checkbox"/> Desorden Mental/ Nerviosa<br><input type="checkbox"/> Depresión<br><input type="checkbox"/> Desorden Bipolar<br><input type="checkbox"/> Esquizofrenia<br><input type="checkbox"/> Discapacidades de Desarrollo<br><input type="checkbox"/> Ansiedad<br><input type="checkbox"/> Demencia<br><input type="checkbox"/> Autismo<br><input type="checkbox"/> Necesidades Especiales<br><input type="checkbox"/> Otro _____ |
|---|--|---|

### 4. Otras Condiciones o Necesidades Especiales

Si tiene usted alguna otra condición que no fue mencionada arriba, por favor descríbalo abajo con cualquier información que nos pueda ayudar a entender su medida e historia.

### 5. Farmacia ¿Que farmacia prefiere? \_\_\_\_\_

**6. Alergias** ¿Es usted alérgico a o tenido alguna reacción a lo siguiente? Por favor marque lo que aplique:

Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Por favor escriba otras sustancias que causen alergias: _____
<input type="checkbox"/> Sulfamidas	<input type="checkbox"/> Todos los metales (níquel, mercurio, etc.)	<input type="checkbox"/> Sedatives	_____
<input type="checkbox"/> Los Barbitúricos	<input type="checkbox"/> Penicilina u otros antibióticos	<input type="checkbox"/> Aspirina	_____
<input type="checkbox"/> Yodo	<input type="checkbox"/> Los anestésicos locales (novocaína)	<input type="checkbox"/> <b>Látex</b>	_____

**7. Preguntas para Mujeres**

¿Está embarazada o piensa que puede estar embarazada?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Último periodo de menstruación	Por favor indique la fecha: _____
¿Está tomando anticonceptivos orales?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Último mamo grama	_____
¿Está amamantando?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Último Papanicolaou	_____

**8. Historial Médico de la Familia** ¿Algunas de las siguientes condiciones están presentes en su familia?

Ninguna  Diabetes  Hipertensión  Ataque Cardíaco  Embolia  Cáncer  Otro: \_\_\_\_\_

**9. Inmunizaciones** Por favor indique la fechas: Tétano \_\_\_\_\_ Influenza \_\_\_\_\_ Neumonía \_\_\_\_\_

**10. Colonoscopia** ¿A tenido usted una colonoscopia?  Sí  No ¿Si es que sí, cuando? \_\_\_\_\_

**11. Historial Social**

¿Ha utilizado alguna vez Phen-Fen o Redux?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Tiene usted un historial de uso de drogas recreativas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si es así, indique qué tipo: _____
¿Usted fuma o mastica tabaco?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si es así, ¿cuánto por día? _____
¿Usted bebe bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si es así, ¿cuántas bebidas por día? _____
¿Tiene usted un historial de violencia doméstica?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Por favor, explique: _____

**12. Premedicación** ¿Tiene usted que tomar antibiótico antes de recibir tratamiento dental?  Sí  No  No estoy seguro

**13. Cirugías y Hospitalizaciones** ¿Ha sido hospitalizado para cualquier operación quirúrgica o enfermedad grave en los últimos 5 años? Por favor anote cirugías y en qué año:

**14. Síntomas Médicos Actuales** Marque todos los síntomas que está experimentando actualmente.

<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Dolor estomacal	<input type="checkbox"/> Sarpullido
<input type="checkbox"/> Dificultad para Respirar	<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Diarrea or Constipación	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Desmayo	<input type="checkbox"/> Fatiga/Cansado Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Problemas Urinarias	<input type="checkbox"/> Andador o audífono
<input type="checkbox"/> Inflamación de los piernos	<input type="checkbox"/> Cambios in su Peso	<input type="checkbox"/> Dolor de Articulación/Inflamación	<input type="checkbox"/> Otro _____

**15. Condiciones Dentales, Tratamiento y Aparatos Actuales**

<input type="checkbox"/> Las encías sangran durante el cepillado o la limpieza con hilo dental	<input type="checkbox"/> Crujido en la mandíbula
<input type="checkbox"/> Sensibilidad dental a los alimentos fríos o calientes y líquidos	<input type="checkbox"/> Dificultad para masticar
<input type="checkbox"/> Sensibilidad dental a los alimentos dulces o amargos y líquidos	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes
<input type="checkbox"/> La presencia de úlceras o bultos en o cerca de la boca	<input type="checkbox"/> Aprieta los dientes
<input type="checkbox"/> Dolor en una ubicación específica	<input type="checkbox"/> Rechina los dientes
<input type="checkbox"/> Historia de heridas de la cabeza, cuello, o mandíbula	<input type="checkbox"/> Sangrado prolongado
<input type="checkbox"/> Dolor en la mandíbula	<input type="checkbox"/> Tratamiento de ortodoncia
<input type="checkbox"/> Dificultad de apertura o cierre	<input type="checkbox"/> El uso de placa completa o parcial
<input type="checkbox"/> Morderse los labios y las mejillas con frecuencia	<input type="checkbox"/> Ronca mientras duorme

**16. Autorizacion y Liberación**

Yo certifico que he leído y entendido la información anterior a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que proveer información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Si alguna vez tengo algún cambio en mi información personal, el estado de salud, o la medicación, voy a informar al proveedor en la próxima cita sin falta. El cliente que suscribe, el paciente y / o familiar responsable o tutor le da permiso para que la Clínica de Rolling Hills administre el tratamiento médico o asesoramiento cuando sea necesario ahora o en cualquier momento durante el período en que el cliente / paciente se encuentra en nuestro cuidado.

Nombre del Paciente (please print) \_\_\_\_\_ Firma del Paciente (o padre/ tutor legal) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Chart Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_