

## HISTORIAL MEDICO

**NOMBRE DE PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

1. Es **sencible/alergico**: (circule la sustancia apropiada) Novocain, Tape adhesivo, alimentos, yodo, penicilina, sulfa, o algun otro tipo de drogas? Si es haci por favor indique lo que sucede cuando se le exponga:

\_\_\_\_\_

2. Por Favor apunte todos los medicamentos y dosis que esta tomando regularmente:  ver lista de medicamentos:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. **Por Favor indique YES o NO si a tenido o tiene algun tipo de los siguientes problemas**

SI	NO	DESCRIPCION	SI	NO	DESCRIPCION	SI	NO	DESCRIPCION
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reciente perdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inflamacion en pies/tobillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entumecimiento pies/piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gota
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema con la vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Espalda baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiroides
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema con el audio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque Cerebrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la piel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta Presion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulcera peptica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de rinon
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de circulacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos/Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anciedad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neumonia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exposicion a HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro: _____			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fuma? Cuanto? _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drogas recreativas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toma? Cuanto? _____						

Por Favor de los detalles de cualquier cirugias/Trabajo Dental/Hospitalaciones/Leciones que a tenido:

**DESCRIPCION:**

**FECHA:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Como se entero de nuestra oficina?** \_\_\_\_\_