

Premier Community HealthCare Group, Inc.
Departamento Dental

HISTORIAL DE SALUD

NOMBRE: _____ DOB: _____ Acct. #: _____

FECHA: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ TELÉFONO: _____

RELACIÓN: _____

Doctor: _____ Teléfono: _____ Fecha del último examen: _____

1. ¿Está usted bajo tratamiento médico actualmente? ___ Sí ___ No

2. ¿Ha estado hospitalizado(a) por enfermedad o cirugía? ___ Sí ___ No

3. ¿Está tomando medicamento(s) actualmente? ___ Sí ___ No

Si contesta "sí" a alguna de las preguntas, por favor explique: _____

¿PADECE USTED O HA PADECIDO DE LO SIGUIENTE?

<input type="checkbox"/> Alta Presión	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Baja Presión	<input type="checkbox"/> Tobillos hinchados	<input type="checkbox"/> Leucemia
<input type="checkbox"/> Marcapaso	<input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones	<input type="checkbox"/> Sangramiento
<input type="checkbox"/> Latido cardiaco irregular	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides
<input type="checkbox"/> Soplo cardiaco	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA
<input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Hepatitis/Ictericia	<input type="checkbox"/> Úlcera estomacal
<input type="checkbox"/> Ataque del corazón	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática
<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Terapia de radiación
<input type="checkbox"/> Reemplazo de articulación	<input type="checkbox"/> Enfermedad sexual	<input type="checkbox"/> Quimioterapia
<input type="checkbox"/> Asma/Enfisema	<input type="checkbox"/> Convulsiones	
<input type="checkbox"/> Último ataque _____	<input type="checkbox"/> Última convulsión _____	

Por favor mencione cualquier otro problema médico que no haya sido mencionado arriba.

Por favor mencione si es alérgico(a) o ha tenido alguna reacción a algo: _____

HISTORIAL DE SALUD – PÁGINA 2

¿Usa usted lentes de contacto? Sí No

¿Usa usted tabaco? Sí No Si usa tabaco, marque todos los que apliquen:
 mástico tabaco rapé pipa
 fumo cigarros cigarrillos (cajas por día:)

¿Cuántos años ha estado usando tabaco? Si dejó de fumar, ¿cuándo lo hizo? .
¿Usa marihuana u otras drogas socialmente? Sí No Si usa, ¿cuán a menudo?
¿Usa alcohol? Sí No En una semana, ¿cuánto usa? cerveza vino licor

PARA SER COMPLETADO POR MUJERES SOLAMENTE

- * ¿Está usted embarazada o cree estar embarazada? Sí No
 - * ¿Está usted amamantando a su hijo(a)? Sí No
 - * ¿Está tomando pastillas para evitar un embarazo? Sí No
 - * ¿Tiene problemas con su ciclo menstrual o con su embarazo (si está embarazada)? Sí No
- Si tiene problemas, por favor explique:
-
-

HISTORIAL DENTAL

¿Cuando fué su última visita al dentista y qué le hicieron? .

¿Tiene usted dolor ahora? Sí No

Si tiene dolor, por favor explique dónde tiene el dolor, qué tan fuerte es y por cuánto tiempo lo ha tenido?

Comentarios que quiere usted compartir con el dentista o sus empleados:

FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIÁN

FECHA