***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 conesta “sí” a alguna de las preguntas, por favor explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

 ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

 ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

 ***¿PADECE USTED O HA PADECIDO DE LO SIGUIENTE?***

 ***\_\_\_\_ Alta Presión \_\_\_\_Dolor de pecho \_\_\_\_Anemia***

 ***\_\_\_\_Baja Presión \_\_\_\_Tobillos hinchados \_\_\_\_Leucemia***

 ***\_\_\_\_Marcapaso \_\_\_\_Enfermedad de los riñones \_\_\_\_Sangramiento***

 ***\_\_\_\_Latido cardiaco irregular \_\_\_\_Artritis \_\_\_\_Problemas de Tiroides***

 ***\_\_\_\_Soplo cardiaco \_\_\_\_Cáncer \_\_\_\_VIH/SIDA***

 ***\_\_\_\_Tuberculosis (TB) \_\_\_\_Derrame cerebral \_\_\_\_Diabetes***

 ***\_\_\_\_Fiebre reumática \_\_\_\_Hepatitis/Ictericia \_\_\_\_Úlcera estomacal***

 ***\_\_\_\_Ataque del corazón \_\_\_\_Hemofilia \_\_\_\_Enfermedad hepática***

 ***\_\_\_\_Enfermedad del corazón \_\_\_\_Angina \_\_\_\_Terapia de radiación***

 ***\_\_\_\_Reemplazo de articulación \_\_\_\_Enfermedad sexual \_\_\_\_Quimoterapia***

 ***\_\_\_\_Asma/Enfisema \_\_\_\_Convulsiones***

 ***Último ataque\_\_\_\_\_\_\_\_ 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:***

 ***\_\_\_mastico 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? \_\_\_Sî \_\_\_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 qiere usted compartir con el dentista o sus empleados: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIÁN FECHA***

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