



# HISTORIA MÉDICA

Nombre de su Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Por favor, conteste las preguntas completamente (Circulo o ponga equis "Sí" "No")

1. ¿Ha visitado el doctor en el año pasado? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Por cuál razón? \_\_\_\_\_

2. ¿Está tomando medicaciones? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Por favor, liste el nombre and uso de cada medicación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Tiene una condición del corazón, o válvulas artificiales? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

4. ¿Ha tenido implante o reemplazo de articulaciones? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

5. ¿Tiene or jamás ha tenido:

Condición de la corazón    Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_    Hepatitis    Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Asma    Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_    Diabetes    Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

SIDA o VIH    Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_    Sangrando abnormal    Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Hipertensión    Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Otro Problema or enfermedad? Por favor, explíquelo. \_\_\_\_\_

6. ¿Ha tenido una reacción rara, o tiene alergias con una de las cosas siguientes? Ponga Círculo

Penicilina    Aspirina    Ibuprofen    Codeína    Látex (goma)

Metales    Medicaciones    Otra Cosa \_\_\_\_\_

7. ¿Ha tenido una reacción rara con anestésico local? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

8. ¿Ha tenido una reacción rara con una cita dental? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Explique la situación: \_\_\_\_\_

9. ¿Tiene mucho miedo cuando tiene una cita dental? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

10. ¿Mujeres: Esta preñado? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_    Cual es el día de parto? \_\_\_\_\_

11. ¿Cuándo fuera su última cita con una dentista? \_\_\_\_\_

**Certifico que las respuestas a las preguntas son verdaderas a lo mejor de mi conocimiento.**

Signatura: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Signatura subsiguiente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_