

HISTORIAL DE SALUD

Departamento de Cirugía Oral Y Maxilofacial

NOMBRE DEL PACIENTE (PRIMER, SEGUNDO, APELLIDO): _____ FECHA DE HOY: _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD: _____ SEXO (CIRCULE) Masculino Femenino REFERIDO POR: _____

DESCRIBA PORQUE VINO AL DOCTOR HOY:

ALERGIA A:

SI NO
 Penicilina
 Anestesia Local
 Aspirina
 Otro

HA TENIDO PREVIAMENTE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES:

SI NO
 Operación (Liste)

SI NO
 Complicación de Anestesia (Explique)

SI NO
 Cirugía Cosmética (Liste)

Liste todos los medicamentos/drogas que actualmente está tomando

1. _____ 5. _____
2. _____ 6. _____
3. _____ 7. _____
4. _____ 8. _____

Doctor Primario: _____ Teléfono _____
Dentista Primario: _____ Teléfono _____
Otros Doctores:
Dr. _____ Especialidad: _____ Teléfono _____
Dr. _____ Especialidad: _____ Teléfono _____

HISTORIAL DE ENFERMEDADES:

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Problemas en los Ojos	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Soplos cardíacos	<input type="checkbox"/> Enf. Cardíaca Congénita	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Adelgazamiento de Sangre	<input type="checkbox"/> Sangrados de Nariz
<input type="checkbox"/> Problemas en los Oídos	<input type="checkbox"/> Problemas con sinusitis	<input type="checkbox"/> Cirugía de Corazón	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Ulceras	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Fallas en Riñones
<input type="checkbox"/> Obstrucción Nasal	<input type="checkbox"/> Problemas Dentales	<input type="checkbox"/> Arritmia cardíaca	<input type="checkbox"/> Presión Arterial Elevada	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Cirrosis	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problemas Tiroides
<input type="checkbox"/> Molestias del Corazón	<input type="checkbox"/> Ataque al Corazón	<input type="checkbox"/> Presión Arterial Baja	<input type="checkbox"/> Dificultad Para Respirar	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Cáncer/Tumores
<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Dificultad Para Respirar	<input type="checkbox"/> Problemas Pulmonares	<input type="checkbox"/> Ataque Cerebral	<input type="checkbox"/> Sangrado prolongado	<input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiación	<input type="checkbox"/> Quimioterapia
		<input type="checkbox"/> Enfisema		<input type="checkbox"/> Moretones Frecuentes		<input type="checkbox"/> Enfermedad Psiquiátrica	

PREGUNTAS ADICIONALES:

SI NO
 Tiene sonidos al mover la quijada, dolor cerca del oído, dificultad para abrir la boca o mordisquear de los dientes?
 Fuma o usa tabaco sin humo?
 Sigue alguna dieta?
 Ha tomado esteroides dentro de los últimos 3 meses?

SI NO
 Usa lentes de contacto?
 Ha tomado alguna vez Accutane?
 Tiene alguna articulación protésica?
 Usted o algún miembro de su familia ha tenido anemia hemolítica o rasgos de ésta?

OTRAS ENFERMEDADES:

MUJERES SOLAMENTE:

SI NO
 Está Embarazada? Fecha de su última menstruación _____
 Sigue algún método para prevención de embarazo?

FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIAN:

COMENTARIOS DEL DOCTOR:

Revisado por el Doctor: _____ Código # _____ Fecha de Revisión: _____