

# HISTORIA DE SALUD

Nombre del paciente

Inicial Apellido

F. Nacimiento

Sexo

Masculino

Femenino

## PREGUNTAS DE SALUD

1. ¿Ha tenido alguna enfermedad grave, operaciones u hospitalización? Sí No

2. ¿Esta actualmente bajo el cuidado de un medico? Sí No

Nombre, direccion y # telefono del doctor

### ¿Tiene usted o tenia alguna vez alguno de los siguientes?

#### Salud cardiovascular

3. Alta presión sanguínea Sí No  
4. Angina o un ataque de corazón Sí No  
5. Dolor en el pecho debido a esfuerzo Sí No  
6. Bloqueo Cardíaco o tratamiento (bypass coronario, stent, etc.) Sí No  
7. Problema valvular o reemplazo Sí No  
8. Soplo de corazón Sí No  
9. Enfermedad cardíaca, problema o tratamiento Sí No  
10. Fiebre reumática Sí No  
11. Uso de Fen-Phen en el pasado Sí No  
12. Latidos cardíacos irregulares o un marcapasos Sí No  
13. Dificultad para respirar al acostarse Sí No  
14. Infarto Sí No  
15. Presión arterial baja Sí No

#### Salud respiratoria

16. Asma Sí No  
17. Enfisema o problemas respiratorios Sí No  
18. Sinusitis crónica Sí No  
19. Tuberculosis o tos persistente Sí No

#### Sistema endocrino

20. Diabetes Sí No  
21. Tiene sed u orina frecuentemente Sí No  
22. Problemas de tiroides Sí No  
23. Sangrado anormal o le salen moretones Sí No  
24. Hemophilia Sí No  
25. Enfermedad sanguínea/anemia Sí No  
26. Cancer Sí No  
27. Tratamiento de quimioterapia/radiación Sí No  
28. VIH/SIDA Sí No  
29. Herpes Sí No  
30. Trasplante de órganos Sí No  
31. Transfusión de Sangre Sí No

#### Medicamentos

60. ¿Esta tomando algun medicamento con prescripción, de venta libre o hierbas medicinales? Sí No

Por favor enumere la dosis tomada:

61. ¿Usa o a usado medicamentos bifosfonatos (Fosamax, Actonel, Boniva, Skelid, Didronel, Aredia, Zometa o Bonefos)? Sí No

#### Social

62. ¿Usa tabaco? Sí No Cantidad Por Dia  
63. ¿Usa alcohol? Sí No Cantidad OPor Dia 0 Por Semana  
64. ¿Usa drogas recreativas? Sí No Cantidad Por Dia

65. ¿Tiene cualquier otra condición medica que no a mencionado? Sí No

Por favor liste:

Por medio de la presente certifico que he leído y completado el cuestionario de salud en su totalidad. He estipulado todos los problemas médicos de los que tengo conocimiento. El suscrito certifica y da su consentimiento para que se le tomen radiografías y se le examine.

Firma del PACIENTE o TUTOR LEGAL \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma del DENTISTA \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**ACTUALIZAR** ¿Ha habido algún cambio en su salud, incluyendo los medicamentos que toma, desde la última que completo este formulario?  Sí  No

Firma del PACIENTE o TUTOR LEGAL \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma del DENTISTA \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_