



Cuestionario Medico

Favor llenar el formulario con letras molde

Fecha _____ Nombre del Paciente _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____
 _____ / _____ / _____ □ M □ F _____ / _____ / _____

Nombre de la persona completando el formulario (si no es el paciente) y relacion con el paciente:

Nombre _____ Relacion _____

Favor responder a las siguientes preguntas lo mejor que pueda, tomando en cuenta que las respuestas correctas son importantes para la calidad del cuidado. Toda la informacion que usted provee sera condifencial.

FAVOR RESPONDA AL CIRCULAR SI (S) o NO (N) PARA CADA PREGUNTA.

1. Esta usted bien de salud? S N
2. Ha habido algun cambio en su salud durante este ultimo ano? S N
3. Fecha del ultimo examen con el medico? _____
4. Esta usted actualmente bajo cuidado medico? S N
 Si lo esta, cual es la razon? _____
 Nombre del Medico: _____ Telefono _____
5. Ha tenido alguna enfermedad seria, operaciones o ha estado hospitalizado? S N
 Describa y anote fechas aproximadas : _____
6. Ha tenido algun tipo de sedacion introyenosa o anesthesia general..... S N
 Tuvo algun tipo de efectos negativos..... S N
7. Por lo general, tolera tratamientos dentales sin ningun problem..... S N
8. TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ:
 - a. Enfermedades del Corazon detectadas desde su nacimiento?..... S N
 - b. Fiebre reumatica o enfermedad del corazon reumatica? S N
 - c. Enfermedades Cardiovasculares (Dolores de pecho, problemas de corazon, ataque al corazon, enfermedad de la arteria coronaria, presion alta, palpitaciones, cirugia de corazon, angioplastia o marcapasos)? S N
 - d. Enfermedades Pulmonares (Asma, Enfisema, Tos cronica, bronquitis neumonia, tuberculosis, falta de aire, tos severa)? S N
 - e. Desordenes neurologicos (ataques, epilepsia, desmayos, mareos o desordenes nerviosos)? S N
 - f. Enfermedades de la Sangre (sangrado anemia, transfusion de sangre, o le salen moretones facilmente)? S N
 - g. Enfermedades del Hgado (jaundice, hepatitis)?..... S N
 - h. Enfermedades de Rinon? S N
 - i. Diabetes? S N
 - j. Enfermedades de la Tiroide (hipotiroidismo, tumors)? S N
 - k. Artritis? En donde? _____
 - l. Ulceras estomacales o problemas intestinales? S N
 - m. Glaucoma? S N
 - n. Llagas o lesions frecuentes en la boca? S N
 - o. Implantes/artificial en cualquier parte del cuerpo? (corazon, cadera, rodilla)? S N
 - p. Radiation (tratamiento de rayos x contra el cancer) en la cabeza o cuello? S N
 - q. Ruidos en la mandibula, dolor cerca del oido cuando mastica?..... S N
 - r. Problemas nasales o sinusitis? S N
 - s. Alguna enfermedad, medicina, cirujia de transplante o HIV que haya disminuido su sistema inmundoico? S N

9. ESTA USTED TOMANDO O UTILIZANDO CUALQUIERA DE LO SIGUIENTE?

- a. Antibioticos? S N
- b. Anticoagulantes? S N
- c. Medicinas para la tiroide? S N
- d. Antihistaminicos, Decongestionantes? S N
- e. Alta Presion o Corazon? S N
- f. Esteroides? S N
- g. Tranquilizantes, Antidepresivos? S N
- h. Medicinas Estomacales (antiacidos)? S N
- i. Medicinas para reducir el colesterol? S N
- j. Aspirina, ibuprofen, NSAIDS o medicinas anti-inflamatorias, narcoticos, opio o otro medicamento para reducir el dolor? S N
- k. Pastillas para bajar de peso o de dieta (sin prescripcion o naturales)? S N
- l. Vitaminas, remedios naturales (ginko biloba, efedra, ginseng, etc.) o otro suplementos? S N
- m. Marihuana, cocaina o otras drogas "recreacionales"? S N
- n. Algun otro medicamento, pastillas, suplementos o drogas? S N

FAVOR DE ANOTAR TODOS LOS MEDICAMENTONS QUE ACTUALMENTE INGIERE:

10. Es usted alergico o ha tenido alguna reaccion a:

- a. Anestesia Local (como nuvocaina)? S N
- b. Penicillina, Amoxicillina, Cefalosporina? .. S N
- c. Otros antibioticos? S N
- d. Barbituratos, sedantes? S N
- e. Aspirina, ibuprofen, NSAIDS, o otro medicamento para el dolor?..... S N
- f. Codeina, narcoticos o opio?..... S N
- g. Latex? S N
- h. Otras alergias or reacciones?..... S N

Favor Anotar: _____

- 11. Tiene fiebre, piquetes o alergias en la piel, etc?..... S N
- 12. Consume alcohol? Cuanto diariamente? Hace cuanto Tiempo? _____ S N
- 13. Fuma? S N
Cuanto diariamente? _____ Hace cuanto tiempo? _____
- 14. Consume tabaco bucal? Hace cuanto tiempo? _____ S N
- 15. Esta o ha estado en un programa de recuperacion alcoholica o de drogas?..... S N
- 16. Tiene alguna otra enfermedad, condicion o problema que no haya sido listado que Usted piense que el medico deba saber?..... S N
- 17. Le gustaria platicar con el doctor en priado sobre algun asunto?..... S N
- 18. Algun comentario adicional? _____

19. MUJERES

- A. Toma pastillas anticonceptivas? S N
- B. Esta embarazada, tratando de quedar embarazada o alguna posibilidad que Pudiera estar embarazada? S N
- C. Esta amamantando? S N
- D. Esta tomando algun reemplazo hormonal? S N

Entiendo la importancia de la historia de salud vardadera y se que informacion incompleta pueda tener algun efecto en mi tratamiento. De acuerdo a mi concimiento, la informacion descrita esta completa y es verdadera.

Fecha _____

Firma de la persona que complete el cuestionario _____

GRACIA. Favor entregar el formulario a la recepcionista antes de completar cualquier otra informacion contenida en este paquete; favor no escribir nada bajo esta linea.

| |
|---|
| Medical Updates: <i>Reviewed By</i> Dr. _____ Date _____ |
|---|

| |
|---|
| Medical Updates: <i>Reviewed By</i> Dr. _____ Date _____ |
|---|

| |
|---|
| Medical Updates: <i>Reviewed By</i> Dr. _____ Date _____ |
|---|

| |
|---|
| Medical Updates: <i>Reviewed By</i> Dr. _____ Date _____ |
|---|

| |
|---|
| Medical Updates: <i>Reviewed By</i> Dr. _____ Date _____ |
|---|