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

A. Antibióticos? ..... S N
B. Anticoagulantes? ..... S N
C. Medicaciones para la tiroide? ..... S N
D. Antihistamínicos, descongestionantes? ..... S N
E. Presión alta o corazón? ..... S N
F. Esteroides? ..... S N
G. Tranquilizantes, antidepresivos? ..... S N
H. Medicinas Estomacales (antiácidos)? ..... S N
I. Medicinas para reducir el cholesterol? ..... S N
J. Aspirina, ibuprofen, NSAIDS o medicinas anti-inflamatorias, narcóticos, opio u otro medicamento para reducir el dolor? ..... S N
K. Pastillas para bajar de peso o de dieta (sin prescripción o naturales)? ..... S N
L. Vitaminas, remedios naturales (ginko biloba, efedra, ginseng, etc) u otros suplementos? ..... S N
M. Marihuana, cocaina u otras drogas 'recreacionales'? ..... S N
N. Algun otro medicamento, pastillas, suplementos o drogas? ..... S N

FAVOR DE ANOTAR TODAS LOS MEDICAMENTOS QUE ACTUALMENTE INGIERE: _____

_____

_____

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

A. Anestesia Local (como nuvocaina)? ..... S N
B. Penicilina, amoxicilina o cefálosporina? ... S N
C. Otros antibióticos? ..... S N
D. Barbiturates o sedantes? ..... S N
E. Aspirina, ibuprofen, NSAIDS, u otro medicamento para el dolor? S N
F. Codeína, narcóticos u opio? ..... S N
G. Latex? ..... S N
H. Otras alergias o reacciones? ..... S N

Favor enumerar: _____

_____

_____

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. Está o ha estado en un programa de recuperación alcohólica o de drogas? ..... S N
16. Tiene alguna otra enfermedad, condición o problema que no haya sido listado que usted piense que el médico deba saber? . S N
17. Le gustaría platicar con el doctor en privado sobre algun asunto? ..... S N
18. Algun comentario adicional? _____

19. MUJERES

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

Entiendo la importancia de la historia de salud verdadera y se que información incomplete pueda tener algun efecto en mi tratamiento. De acuerdo a mi conocimiento, la información anteriormente descrita está completa y es verdadera.

_____ _____ [ ]

Fecha — Firma de la persona que completó el cuestionario — Iniciales del Médico

GRACIAS. Favor entregar el formulario a la recepcionista antes de completer cualquier otra información contenida en este paquete; favor no escribir nada bajo esta línea.

Revisiones Médicas: *Revisado Por*	Revisiones Médicas: *Revisado Por*	Revisiones Médicas: *Revisado Por*	Revisiones Médicas: *Revisado Por*	Revisiones Médicas: *Revisado Por*
Dr. _____	*Dr.* _____	*Dr.* _____	*Dr.* _____	*Dr.* _____
Fecha _____	*Fecha* _____	*Fecha* _____	*Fecha* _____	*Fecha* _____

#17(

Cuestionario Medico

Please Print

Fecha	Nombre del paciente	Sexo	Fecha de Nacimiento
____/____/____	_____	☐M ☐F	____/____/____

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

_____ _____

Nombre *Relación*

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 información que usted provee sera confidencial.

FAVOR RESPONDA AL CIRCULAR Sí (S) or No (N) PARA CADA PREGUNTA.

1. Está usted bien de salud? ..... S N
2. Ha habido algun cambio en su salud durante este último año? ..... S N
3. Fecha del último examen con el médico _____ S N
4. Está usted actualmente bajo cuidado médico? ..... S N
   Si lo está, cual es la razon? _____
   Nombre del Médico: _____ Teléfono: _____
5. Ha tenido alguna enfermedad seria, operaciones o ha estado hospitalizado? ..... S N
   Describa y anote fechas aproximadas _____
6. Ha tenido algun tipo de sedación intravenosa o anestesia general? ..... S N
   Tuvo algun tipo de efectos negativos? ..... S N
7. Por lo general, tolera tratamientos dentales sin ningun problema? ..... S N
8. TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ:
   A. Enfermedades del corazón detectadas desde su nacimiento? ..... S N
   B. Fiebre reumática o enfermedad del corazón reumática? ..... S N
   C. Enfermedades Cardiovasculares (Dolores de pecho, problemas de corazón, ataque al corazón, enfermedad de la arteria coronaria, presión alta, palpitaciones, cirugía de corazón, angioplastía o marcapasos)? ..... S N
   D. Enfermedades Pulmonares (Asma, Enfisema, Tos crónica, bronquitis, neumonía, tuberculosis, falta de aire, tos severa)? ..... S N
   E. Desordenes neurológicos (ataques, epilepsia, desmayos, mareos o desórdenes nerviosos)? ..... S N
   F. Enfermedades de la Sangre (sangrado, anemia, transfusión de sangre, o le salen moretes facilmente)? ..... S N
   G. Enfermedades del Hígado (jaundice, hepatitis)? ..... S N
   H. Enfermedades de Riñón? ..... S N
   I. Diabetes? ..... S N
   J. Enfermedades de la Tiroide (hipotiroidismo, tumors)? ..... S N
   K. Artritis? En dónde? _____ S N
   L. Ulceras estomacales o problemas intestinales? ..... S N
   M. Glaucoma? ..... S N
   N. Llagas o lesiones frequentes en la boca? ..... S N
   O. Implantes/artificial en cualquier parte del cuerpo? (corazón, cadera, rodilla)? ..... S N
   P. Radiación (tratamiento de rayos x contra el cancer) en la cabeza o cuello? ..... S N
   Q. Ruidos en la mandíbula, dolor cerca del oído cuando mastica? ..... S N
   R. Problemas nasales o sinusitis? ..... S N
   S. Alguna enfermedad, medicina, cirugía de transplante o HIV que haya disminuído su sistema inmunológico? S N
   T. Infecciones constantes de cualquier índole? ..... S N

Información del Paciente

Favor llenar el formulario con letrade molde

Fecha _____

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo ☐ M ☐ F

Si es Menor, Nombre del Padre o Madre _____ Teléfono Residencia _____

Dirección _____ Teléfono Alterno _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Correo electrónico _____

Seguro Social # _____ Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino Fecha de Nacimiento _____

Estado Civil _____ Nombre del Cónyuge _____

Licencia de Conducir/Número de Identificación # _____ Del padre O Madre _____ Estado _____

Nombre de la Compañía _____ Estudiante ☐ Si ☐ No

Nombre del Médico _____ No. de Teléfono _____

Causa del Tratamiento _____

Está tomando algún medicamento? ☐ Si ☐ No Enliste _____

Contacto de Emergencia _____ No. de Teléfono _____

Tiene Seguro Dental? ☐ Si ☐ No Nombre de la Aseguranza _____

Razon de la Visita: _____

Referido Por:

- ☐ Anuncio en el Periódico
- ☐ Anuncio en la Radio
- ☐ Directorio Telefónico
- ☐ Pasó por el Lugar
- ☐ Anuncio en Televisión
- ☐ Referido por miembro de la familia
- ☐ Volante
- ☐ Referido por un amigo
- ☐ Alcance de Mercadeo
- ☐ Otro _____
- ☐ Referido por un agente profesional

Firma del Paciente _____

Si es menor, firma del padre o madre _____

Fecha _____ La información anteriormente descrita queda exactamente igual, sin cambios. Firma del Paciente _____ Si es menor, Firma del padre o madre _____	Fecha _____ La información anteriormente descrita queda exactamente igual, sin cambios. Firma del Paciente _____ Si es menor, Firma del padre o madre _____
Fecha _____ La información anteriormente descrita queda exactamente igual, sin cambios. Firma del Paciente _____ Si es menor, Firma del padre o madre _____	Fecha _____ La información anteriormente descrita queda exactamente igual, sin cambios. Firma del Paciente _____ Si es menor, Firma del padre o madre _____