

Paciente: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR CONTESTE/RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS CIRCULANDO  
Y (SI), N (NO) - TODAS SUS RESPUESTAS SON CONFIDENCIAL**

- |   |     |   |     |
|---|-----|---|-----|
| 1. Esta usted en buena salud?   | Y N | E. Medicina para tranquilizar Valium)   | Y N |
| 2. Habido cambio en su salud general en el año pasado?  | Y N | F. Insulina, Diabetes, Etc.   | Y N |
| 3. Fecha del último examen físico: _____  |     | G. Enfermedad del hígado<br>(Jaundice, Hepatitis)   | Y N |
| 4. Esta usted en un tratamiento médico por algún problema particular? _____   | Y N | H. Enfermedad del Riñón<br>Que cantidad Diaria? _____   | Y N |
| 5. Ha tenido usted alguna/cualquiera enfermedad, operación o hospitalización seria/grave? _____   | Y N | I. Marijuana o otras drogas compradas en la calle.  | Y N |
| 6. Ha tenido usted algunos efectos adverso de tratamiento dental? _____   | Y N | J. Antihistamines o decongestants (Seldane)   | Y N |
| <b>TIENE O HA TENIDO LOS SIGUIENTES:</b>  |     |   |     |
| A. Fiebre Reumatica o Enfermedad Reumatica del corazón?   |     | K. Aredia, Zometa, Fosamax  | Y N |
| B. Enfermedad Hereditaria Del Corazón?  | Y N | 8. Esta usted tomando medicación regular, Pildoras o drogas?  | Y N |
| C. Enfermedad Cardíaca? (Ataque Del Corazón, Murmullo del Corazón, Angina Del Pecho, Presión alta de sangre, palpitaciones, cirugía al Corazón (pace maker aparato) | Y N | Sí, nombre su medicinas _____   |     |
| D. Enfermedad del pulmón (asma, emphysema, pneumonia bronchial, tuberculosis, dolor de pecho, falta del Aliento)  | Y N | 9. Esta usted alérgica o ha tenido una reacción a lo siguiente:   | Y N |
| E. Ataques, convulsiones, epilepsia, desmayo/mareado, nervioso, perder el ánimo   | Y N | A. Local anestético (Novacaine, etc.)   | Y N |
| F. Sangreando, anemia, transfusión de sangre, pierde sangre muy fácil   | Y N | B. Penicillin, Amoxicillin, Cephalosporins, or other  | Y N |
| G. Enfermedad del hígado (Ictericia, Hepatitis)   | Y N | C. Barbiturates, Sedatives, etc.  | Y N |
| H. Enfermedad del riñón   | Y N | D. Aspirin or Ibuprofen   | Y N |
| I. Diabético  | Y N | E. Codeine or other Pain Killers  | Y N |
| J. Enfermedad del thyroid   | Y N | F. Latex or Rubber Products   | Y N |
| K. Úlcera en el estómago, inflamación del colon   | Y N | G. Other allergies or reacciones  | Y N |
| L. Glaucoma   | Y N | 10. Fuma o mastica tabaco?  | Y N |
| M. Implantas en su cuerpo (Válvula en el Corazón, cadera, rodilla)  | Y N | 11. Usa usted alcohol frecuentemente?   | Y N |
| N. Tratamiento de radiación para cáncer   | Y N | 12. Tiene usted otras condiciones o problemas (que no estan en esta list) que usted piensa/crea que el doctor debe de saber?  | Y N |
| O. Le salta, pop de quijada/mandibula dolor cerca del oído, dificultad en abrir la boca, rechina o aprieta/cierra los dientes                                       | Y N | Para Mujeres :  |     |
| P. Alguna enfermedad, droga, operación de trasplante que ha deprimido su sistema inmune   | Y N | A. Esta embarazada/encinta?   | Y N |
| Q. Infecciones que recurren/vuelven   | Y N | B. Si esta usando contraceptives orales, es importante que entienda que los antibiotics pueden causar interferencia en el efectivo de los contraceptivos orales. Por lo tanto usted tiene que usar otra forma alternativa para el control de la natalidad por un ciclo completo | Y N |
| 7. <b>ESTA USTED TOMANDO LO SIGUIENTE:</b>  |     | C. Si usted esta embarazada/encinta o esta tratando de embarazarse, la cirugía o la anestesia puede causar daño a su bebé en el primer trimestre. Digale al Doctor si cree que esta embarazada  | Y N |
| A. Tagamet, thyroid medicina, antibiotics   | Y N | D. Quiere usted una prueba de embarazo?   | Y N |
| B. Adelgazar la sangre  | Y N |   |     |
| C. Medicina para la presión alta de sangre  | Y N |   |     |
| D. Steroids (cortisone, etc.)   | Y N |   |     |

Yo entiendo la importancia de darle la verdadera historia de mi salud para asistir al médico/doctor en darme el mayor tratamiento posible.

Me han enterado de la póliza privada de su oficina y me daran una copia cuando yo la solicite/peda.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o  
Guardián (si el paciente es menor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Fecha