

Historia de Salud

Nombre: _____

Qual es la razon de su visita? _____

Fecha: _____

Cuando fue su ultima visita dental?

Edad: _____ Sexo M [] F []

_____/_____/_____

Altura: _____ Peso LBS. : _____

Cuando se tomo las ultimas radiografias dentales?

_____/_____/_____ Estan disponible? Si [] No []

1. A cambiado su estado de salud en el ultimo año? Si [] No []
2. Cuando fue su ultimo exam Fisico? _____
3. Esta bajo el quidado de un medico? Si [] No []
 - A. Si es asi, explique la razon? _____
4. Nombre y direccion de su doctor? _____
5. A tenido una enfermedad o operacion? Si [] No []
 - A. Si es asi, qual fue la causa? _____
6. A sido hospitalizada/o por causa de una enfermedad seria durante los ultimos 5 años? Si [] No []
 - A. Si es asi, porfavor de explicar la causa. _____
7. Tiene o a tenido los siguientes problemas de salud? Si [] No []
 - A. Tiene valvulas del Corazon dañadas o valles cardiacas artificiales? Si [] No []
 - B. Tiene lesiones congenitas del corazon o soplos? Si [] No []
 - C. Tiene enfermedad Cardiovascular (problemas del corazon, ataque cardiaco, insuficiencia coronaria, oclusion coronaria, presion arterial, la arteriosclerosis, apoplejia) Si [] No []
 - 1) Tiene dolor en el pecho cuando hase algun esfuerzo? Si [] No []
 - 2) Alguna vez le falta el aire despues de ejercicio moderado? Si [] No []
 - 3) Se le inchan los tobillos? Si [] No []
 - 4) Le falta aire para respirar al acostarse o used necesita mas de una almohada para dormir? Si [] No []
 - 5) Tiene usted un marcapasos Cardiaco? Si [] No []
 - D. Tiene problemas de Sinusitis? Si [] No []
 - E. Tiene Asma? Si [] No []
 - F. Alergias? Si [] No []
 - G. Tiene urticaria(sarpuido) o erupciones el na piel? Si [] No []
 - H. Usted tiene desmayos o convulsiones? Si [] No []
 - I. Diabetes Si [] No []
 - 1) Orina mas de 6 veces al dia? Si [] No []
 - 2) Tiene sed majoria del tiempo? Si [] No []
 - 3) Se le receca la boca frecuentemente? Si [] No []
 - J. Hepatitis, Ictericia o enfermedad hepatica? Si [] No []
 - k. Artritis Si [] No []
 - L. Reumatismos inflamatorios (articulaciones hinchadas y dolorosas)? Si [] No []
 - M. Ulceras estomacales? Si [] No []
 - N. Problemas del riñon? Si [] No []
 - O. Tuberculosis? Si [] No []
 - P. Tiene una tos presistente o tos con sangre? Si [] No []
 - Q. Presion alterial baja? Si [] No []
 - R. Enfermedad Venerea? Si [] No []
 - S. Tiene una protesis de cadera ___Protesis___ implantes___
Placas oseas o tornillos _____ otra protesis _____
- 7B. Usted tiene un historial de tomar los medicamentos con bisfosfonatos? Si [] No []
 - A. Si es asi, explique la razon? _____