



Cuestionario Medico

Favor llenar el formulario con letrade molde

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) o No (N) PARA CADA PREGUNTA.

- | | | |
|--|---|---|
| 1. Está usted bien de salud? | S | N |
| 2. Ha habido algun cambio en su salud durante este ultimo año? | S | N |
| 3. Fecha del ultimo examen con el médico: _____ | | |
| 4. Está usted actualmente bajo cuidado médico? | S | N |
| Si lo está, cual es la razon? _____ | | |
| Nombre del Médico: _____ Teléfono: _____ | | |
| 5. Ha tendio alguna enfermedad seria, operaciones o ha estado hospitalized? | S | N |
| Describe 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, transfusion de sangre, o le salen moretes facilmente)? | S | N |
| G. Enfermedades del Hígado (jaundice, hepatitis)? | S | N |
| H. Enfermedades de Riñon? | 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 intestianles? | S | N |
| M. Glaucoma? | S | N |
| N. Llagas o lesiones frecuentes 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 |

CONTINUA EN LA SIGUIENTE PAGINA

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 colesterol? | S | N |
| J. Aspirina, ibuprofen, NSAIDS o anti-inflamatorias, narcóticos, opio u otro medicamento? | 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, cocaína u otras drogas 'recreacionales'? | S | N |
| N. Algun otro medicamento, pastillas, suplementos o drogas? | S | N |
- FAVOR DE ANOTAR TODAS LOS MEDICAMENTOS QUE ACUTALMENE INGIERE _____
- _____
- _____

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

- | | | | | | |
|---|---|---|---------------------------------------|---|---|
| A. Anestesia Local (como nuvocaina)? | S | N | F. Codeína, narcóticos u opio? | S | N |
| B. Penicilina, Amoxicilina, Cefalosporina? ... | S | N | G. Latex? | S | N |
| C. Otros antibioticos? | S | N | H. Otras alergias o reacciones? | S | N |
| D. Barbituratos o sedantes? | S | N | Favor enumerar: _____ | | |
| E. Aspirina, ibuprofen, NSAIDS, u otro Medicamento para el dolor? | S | N | _____ | | |

- | | | |
|--|---|---|
| 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? | S | N |
| Hace cuanto tiempo? _____ | | |
| 15. Está o ha estado en una 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 medico 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 incompleta pueda tener algun efecto en mi tratamiento. De acuerdo a mi conocimiento, la información anteriormente descrita esta completa y es verdadera.

_____	_____	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>
Fecha	Firma de la persona que complete el cuestionario	Iniciales del Médico

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

Medical Updates: Reviewed by Dr. _____ Date _____	Medical Updates: Reviewed by Dr. _____ Date _____	Medical Updates: Reviewed by Dr. _____ Date _____	Medical Updates: Reviewed by Dr. _____ Date _____	Medical Updates: Reviewed by Dr. _____ Date _____
--	--	--	--	--