

## 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? \_\_\_\_\_