



Complete por favor la información requerida.

Chart No.

Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Nombre Del Padre: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre Apellido Nombre Segundo Nombre

Fecha De Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección Residencial: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Teléfono de la Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____ Teléfono de Celular: _____

Género: Varón Hembra Su E-mail: _____

Historia Medica del Paciente

Médico: _____ Teléfono de la Oficina: _____ Fecha del Ultimo Examen: _____

SI NO

- 1. ¿Está actualmente bajo tratamiento médico?
- 2. ¿Ha sido hospitalizado alguna vez debido a un procedimiento quirúrgico o uná enfermedad grave?
- 3. ¿Está tomando algún medicamento incluyendo medicinas sin receta?
Si la respuesta es si, ¿Cuáles son?

- 4. ¿Usted fuma?
Si la respuesta es si, especifique la cantidad _____
Por cuantos años? _____
- 5. ¿Ingiere bebidas alcohólicas regularmente?
Si la respuesta es si, especifique la cantidad? _____
- 6. ¿Ingiere o ha ingerido:
 Cocaína
 Metanfetaminas
 Otras Drogas _____
- 7. ¿Toma café, té o alguna bebida que contiene cafeína?
- 8. ¿Usted a tomado el medicamento bisphosphonate para tratamiento de osteoporosis?
- 9. ¿Es usted alérgico o ha tenido alguna reacción a los siguientes medicamentos?
 Anestésicos Locales (por ejemplo, novacaína)
 Penicilina u otros antibióticos
 Medicamentos a base de sulfamidas
 Barbitúricos
 Sedantes
 Aspirina
 Gomas de Latex
 Metales de cualquier tipo
 Otro _____

SI NO

- 10. ¿Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades o dolencias?
 Hipertension
 Hipotensión
 Enfermedad del Corazón
 Ataque Del Corazón
 Apoplejía
 Dolor en el Pecho
 Suplo Cardíaco
 Fiebre Reumática
 Marcapaso Cardíaco
 Válvula Artificial Del Corazón
 Implantes o prótesis artificiales
 Tobillos Hinchados
 Anemia
 Leucemia
 Desmayos
 Epilepsia/Asimientos/Convulsiones
 Diabetes
 Asma
 Enfisema
 Tuberculosis
 Otros Problemas respiratorios _____
 Problemas de los riñones
 Problemas de Hígado
 Problemas de Tiroides
 Problemas Estomacales/Ulceras
 Cáncer
 Terapia de Radiación
 Artritis
 Glaucoma
 Infección de SIDA o HIV
 Hepatitis ¿Cual Tipo? _____
 Enfermedades Venéreas ¿Cual Tipo? _____
 Fiebre de Heno/Alergias
 Otro _____
- 11. Si Es Mujer:
 a) ¿Está usted o cree que podría estar en estado de embarazo?
 b) ¿Está dando el pecho a su bebé?
 c) ¿Está tomando píldoras anticonceptivas?

Continuación atrás...