

Stummer Grupo de Medicina Dental y Del Suneno
Historial Medica

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

Responda las siguientes preguntas de salud para que podamos estar al tanto de cualquier problema de salud o medicamento que recibirá en el futuro.

Cuáles la razón u objetivo principal de su visita hoy? _____

Quien es su médico de atención primaria? _____

Por favor enumere cualquier condición para la que esté siendo tratado actualmente y el médico tratante:

Condición _____ Condición _____

Médico tratante _____ Médico tratante _____

Si No Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello?
Por favor describa. _____

Si No Usas Algun tipo de tabaco, cigarrillos electrónico, pipas de narguile o vaporizador?

Si No Tiene antecedentes de abuso de drogas o alcohol?

Si No Alguna vez has tomado alguno de los siguientes Boniv, Acorne o otros medicamentos que contienen disfosfonatos?

Si No Está embarazada o está tratando de quedar embarazada?

Si No Tomando anticonceptivos orales?

Dignamos una lista de todos los medicamentos, suplemento y vitaminas con las dosis que está tomando actualmente.

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Eres alérgico a alguno de los siguientes (círculo)

Aspirina Penicilina Codeína Anestésicos locales

Látex Nueces de árbol Miseria Sulfamidas

Cuéntanos cualquier otro medicamento al que seas alérgico. _____

Por favor indique cualquier condición debajo que tenga o que haya tenido.

Reflujo ácido	Positivo para AIDA/VFH	Enfermedad de Alzheimer
Anafilaxia	Anemia	Angina
Artritis/gota	Valvula cardiaca artificial	Articulación Artificial
Asma	Enfermedad de la sangre	Transfusión de sangre
Problema respiratorio	Marcapasos Cardíaco	Diabetes
Fácilmente sin aliento	Enfisema	Sangrado excesivo
Desmayos/Mareos	Glaucoma	Fiebre de heno
Ataque al Corazón	Válvula cardiaco dañada	Problemas/enfermedades del corazón
Hemofilia	Alta presión sanguínea	Colesterol alto
Colmena/erupciones	Hipoglucemia	Inmunocomprometido
Corazón irregular	Dolor en la articulación de la mandíbula	Herpes
Herpes zoster	Reemplazo de la articulación	Enfermedad /problemas renales
Leucemia	Enfermedad del hígado	Presión arterial baja
Enfermedad pulmonar	Prolapso de la válvula mitral	Cuidado psiquiátrico
Tratamiento de radiación	Pérdida de peso reciente	Diálisis renal
Fiebre reumática	Reumatismo	Enfermedad de célula falciforme
Problema sinusal	Ronquidos/apnea del sueño	Enfermedad intestinal estomacal
Derrame cerebral	Enfermedad de tiroides	Tumores o crecimientos
Úlceras	Enfermedad venérea	

Hasta donde sé, he respondido las preguntas sobre la historia con precisión. Es mi responsabilidad de cualquier cambio en mi estado médico/dental.

Firma _____ Fecha _____

Paciente, padres, tutor o custodio