

Historia clínica adulta

Account # \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

La Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ S. N. \_\_\_\_\_ SEXO :  F  M

La Salud general:  Excelente  Bueno  Justo

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ la Fecha del Último examen Físico \_\_\_\_\_

Toma Aspirina diariamente?  Y  N

Esta usted tomando Coumadin, Plavix o cualquier otro anticoagulante de sangre?  Y  N

Ha tomado cualquier tipo de esteroide o cortisona en el año pasado?  Y  N

Esta usted tomando cualquier otras medicinas?  Y  N

Lista de medicinas: \_\_\_\_\_

Verifique por favor TODO que aplica:

Presión Arterial Anormal Alta/Baja

Desórdenes de Anemia/Sangre

Artritis

Asma

Transfusión de Sangre

Cáncer

Diabetes

Epilepsia

Desvanecimientos

Glaucoma

Condición Cardíaca

Cirugía cardíaca

Hepatitis

HIV

Hospitalizaciones prolongadas y/o CIRUGIAS

Píldoras de dieta por Prescripción o receta

Sangrado prolongado

Prótesis de cadera o de articulación

Fiebre Reumática

Enfermedad de transmisión sexual

Problemas en sus pechos o glándulas mamarias

Derrame o infarto cerebral

Tuberculosis/Enfermedad pulmonar

Ulceras

Otro \_\_\_\_\_

Alergias:  Codeína  Joyas/Metal  Látex  Novocaína  Penicilina

Otro \_\_\_\_\_

Mujeres: Esta embarazada  Y  N si es afirmativo, cuantas semanas \_\_\_\_\_

Nombre de Medico Ginecólogo (OB/GYN): \_\_\_\_\_

#### SALUD DENTAL:

La fecha del último Examen Dental \_\_\_\_\_ Fecha de su última Limpieza \_\_\_\_\_

Con qué Frecuencia se cepilla? \_\_\_\_\_

Sangran sus encías cuando se cepilla?  Y  N

Con qué frecuencia usa el hilo dental? \_\_\_\_\_

Usted fuma?  Y  N si es afirmativo la cantidad \_\_\_\_\_

Qué clase de cepillo dental utiliza usted?  Suave  Medio  Duro

Verifique por favor todo lo que aplica:

Sangrado de las encías

Aprieta los dientes

Cruje sus dientes fácilmente

Dolor de Mandíbula/TMJ

Dientes Sensible

Dentaduras

Parciales

Usa Nightguard

Otro \_\_\_\_\_

**Examen clínico y radiográfico** Comprendo que las visitas para exámenes pueden requerir radiografías y fotos diagnosticas en orden de completar el examen, diagnostico, y plan de tratamiento.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_