



ANN MARIE HOFBAUER, DMD

PERIODONTICS & IMPLANTOLOGY

HISTORIA DE SALUD

Nombre _____ Fecha _____

Edad _____ Fecha de nacimiento _____

Día del último examen médico _____ Para que era el examen? _____

Ha sido hospitalizado en los últimos cinco años? (Por favor circula uno) No Si
 En caso afirmativo, Cual es la razón _____

Está recibiendo atención médica? No Si
 En caso afirmativo, la razón por la atención? _____

Por favor anote todo los nombres y números de teléfono de los médicos de importancia que actualmente están atendiendo su salud.

1. _____ 3. _____

2. _____ 4. _____

Cuánto pesa _____

Farmacia de preferencia _____ Ciudad _____

Para las siguientes preguntas circula si o no. Sus respuestas son para nuestros registros solamente y serán confidenciales. Por favor, tenga en cuenta que durante su visita inicial, se le pedirá algunas preguntas sobre sus respuestas. Nuestro equipo puede hacer preguntas adicionales sobre su salud.

- No Si Soplo cardíaco (prolapse de la válvula mitral)
- No Si Anemia
- No Si Diabetes Typo I o II
Si es diabético, Su Último HBA1C
- No Si La hepatitis, cualquier forma
- No Si Fiebre reumática
- No Si Asma
- No Si Complejo VIH positivo O SIDA relacionados
- No Si El enfisema o otras enfermedades respiratorias
- No Si Condiciones anormales del corazón
- No Si Enfermedad renal
- No Si Corazón (Cirugía, Enfermedad, o ataque)
- No Si Enfermedad venérea
- No Si Psicosis

- No Si Dolor / adenopatías
- No Si Las biopsias anteriores
- No Si Úlceras bucales que sanan lentamente
- No Si Otras infecciones
- No Si Enfermedades recurrentes
- No Si Reemplazo de Articulaciones
- No Si Glaucoma
- No Si Sangrado anormal de una cortada
- No Si Enfermedades del hígado (incluyendo ictericia)
- No Si Pérdida/Ganancia de peso involuntaria
- No Si Epilepsia
- No Si Sensibilidad al látex

No Si Se le exige Pre-medicarse antes del tratamiento dental?

No Si Se siente nervioso o incomodo acerca de tener un tratamiento dental?

HISTORIA DE SALUD (Cont.)

No Si Tiene presión anormal de sangre?
En caso afirmativo, que es por lo general? _____

No Si Ha tenido cuidado de ortodoncia anteriormente?

No Si Ha tenido que extraer las muelas del juicio?
Cuando? _____

No Si Puede subir las escaleras?

Es alérgico o ha tenido reacción a:

No Si Anestesia local No Si La codeína, Valium o otros sedantes

No Si Penicilina o otros antibióticos No Si Yodo/Mariscos

No Si Aspirina No Si Otro

Usa tabaco:

No Si Fuma?

No Si Mastica?
Si afirmativo, Cuanto fuma / Mastica por día? _____

Por favor indique todas las medicaciones que está tomando actualmente:

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

5. _____ 6. _____

Ha sido anticipadamente tratado con cualquiera de las siguientes drogas bisfosfonato:

Oral: Fosamax, Boniva, Didronel, o Actonel

Drogas intravenosas: Aredia o Zmeta

Si afirmativo, Cuáles? _____ dosis/duración de tiempo _____

No Si Está tomando Tagamet (Cimetidine)?
Si afirmativo, con qué frecuencia? _____

No Si Usted toma antiácidos?
Si afirmativo, con qué frecuencia? _____

No Si Está tomando suplementos/medicamentos herbales?
Si afirmativo, cuáles son? _____

MUJERES SOLAMENTE

No Si Esta embarazada?
Si no, Esta planeando un embarazo en el futuro próximo? _____

No Si Está dando pecho?

No Si Esta tomando pastillas anticonceptivas?

Yo comprendo que la información es necesaria para proporcionar un tratamiento dental en una manera eficiente y segura. He respondido a todas las preguntas a lo mejor de mi conocimiento. Si se necesita más información, tiene mi permiso para pedir al proveedor o agencia de atención médica correspondiente, quien podrá dar dicha información a usted. Notificaré a la oficina del Dr. Hofbauer de cambios en mi salud y la medicación.

Firma del paciente

Imprime nombre del paciente

Fecha