



Klockner Road Office, 2929 Klockner Road, Hamilton Square, NJ 08690 (609) 586-6603

Merrill Lynch Campus, 1300 Merrill Lynch Drive 0301, Pennington, NJ 08534-4122 (609) 274-8484

Kuser Road Office, NJ Family Care, 2501 Kuser Road (2nd Floor), Hamilton Township, NJ 08691 (609) 689-1212

HISTORIA CLÍNICA ADULTA

Account# _____

Nombre: _____ S.S# _____

La Fecha de Nacimiento: _____ SEXO: F M Estatura _____ Peso _____

Raza _____ Etnicidad _____ Idioma Preferida _____

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 ____ / ____ [] Glaucoma [] Prótesis de cadera o de articulación
[] Desórdenes de Anemia/Sangre [] Condición Cardíaca [] Fiebre Reumática
[] Artritis [] Cirugía Cardíaca [] Enfermedad de transmisión sexual
[] Asma [] Hepatitis [] Problemas en sus pechos o glándulas mamarias
[] Transusión de Sangre [] HIV [] Derrame o infarto cerebral
[] Cáncer [] Hospitalizaciones prolongadas y/o CIRUGIAS [] Tuberculosis/Enfermedad pulmonar
[] Diabetes [] Píldoras de dieta por Prescripción o receta [] Ulceras
[] Epilepsia [] Sangrado prolongado [] Otro _____
[] Desvanecimientos

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 _____

Verifique por favor todo lo que aplica:

- [] Sangrado de las encías [] Cruje sus dientes fácilmente [] Dientes Sensible [] Parciales
[] Aprieta los dientes [] Dolor de Mandíbula/TMJ [] Dentaduras [] 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: _____