

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:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Presión Arterial Anormal ____ / ____ | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Prótesis de cadera o de articulación |
| <input type="checkbox"/> Desórdenes de Anemia/Sangre | <input type="checkbox"/> Condición Cardíaca | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Cirugía Cardíaca | <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Problemas en sus pechos o glándulas mamarias |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Derrame o infarto cerebral |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Hospitalizaciones prolongadas y/o CIRUGIAS | <input type="checkbox"/> Tuberculosis/Enfermedad pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Píldoras de dieta por Prescripción o receta | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Sangrado prolongado | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> 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:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sangrado de las encías | <input type="checkbox"/> Cruje sus dientes fácilmente | <input type="checkbox"/> Dientes Sensible | <input type="checkbox"/> Parciales |
| <input type="checkbox"/> Aprieta los dientes | <input type="checkbox"/> Dolor de Mandíbula/TMJ | <input type="checkbox"/> Dentaduras | <input type="checkbox"/> Usa Nightguard |
| | | | <input type="checkbox"/> 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: _____