

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

**Kuser Road Office, NJ Family Care**, 2501 Kuser Road (2<sup>nd</sup> 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:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <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: \_\_\_\_\_