

Para poder proveer el mejor cuidado, es muy importante que usted conteste las siguientes preguntas completamente. Esta información será confidencial entre usted y nuestra oficina. Muchas Gracias.

Historial Medico

Por favor de circular "S" para Si o "N" para No para indicar si usted ha tenido o tiene lo siguiente:

ADHD	S / N	Fibromialgia	S / N	Pasadores o Placas Quirúrgicas,	S / N
SIDA	S / N	Glaucoma	S / N	Cuando? _____	
Anemia	S / N	Hashimoto	S / N	Donde? _____	
Ansiedad	S / N	Dolores de Cabeza	S / N	Polio	S / N
Artritis	S / N	Ataque del Corazón,	S / N	Cuidado Psiquiátrico	S / N
Válvulas Artificial del Corazón	S / N	Cuando? _____	S / N	Tratamiento de Radiación,	S / N
Articulaciones Artificiales,	S / N	Enfermedad del Corazón		Cuando? _____	
Cuando? _____		Soplo del Corazón	S / N	Donde? _____	
Donde? _____		Palpitaciones del Corazón	S / N	Enfermedad Respiratoria	S / N
Asma	S / N	Problemas del Corazón	S / N	Problemas Respiratorios	S / N
Autismo	S / N	Reemplazo de la Válvula del	S / N	Fiebre Reumática	S / N
Problemas de Espalda	S / N	Corazón, Cuando? _____	S / N	Reumatismo	S / N
Sangramiento Irregular	S / N	Hemofilia		Fiebre Escarlata	S / N
Enfermedad de la Sangre	S / N	Henoch Schonlein Purpura		Escoliosis	S / N
Cáncer, Cuando? _____		Hepatitis Tipo _____	S / N	Problemas de Sinusitis	S / N
Donde? _____		Herpes	S / N	Piel Rozada	S / N
Dependencia Química	S / N	Alta Presión	S / N	Stent, Cuando? _____	S / N
Quimo Terapia	S / N	Hipertiroidismo	S / N	Derrame Cerebral,	
Problemas Circulatorios	S / N	VIH	S / N	Cuando? _____	S / N
Defecto Cardíaco Congénito	S / N	Latido del Corazón Irregular	S / N	Glándulas del Cuello Hinchados	
Insuficiencia Cardíaca	S / N	Ictericia (Jaundice)	S / N	Aorta Sintética,	S / N
Congénita		Dolor de Mandíbula	S / N	Cuando? _____	S / N
Lesión Congénita de Corazón	S / N	Enfermedad de Riñón	S / N	Taquicardia	
Tratamiento con Cortisona	S / N	Implante de Lente	S / N	Problemas/Enfermedad de Tiroides	S / N
C.O.P.D	S / N	Enfermedad de Hígado	S / N	Amigdalitis	S / N
Toz, Persistente o con Sangre	S / N	Baja Presión	S / N	Ataque Isquémico Transitorio	S / N
Diabetes	S / N	Trasplante de pulmón,	S / N	Tuberculosis	S / N
Desfibrilador Cardíaco	S / N	Cuando? _____	S / N	Tumor o crecimiento en la cabeza	S / N
Demencia	S / N	Prolapso de la Válvula Mitral,	S / N	Úlcera	S / N
Diálisis	S / N	Cuando? _____		Pérdida de peso, inexplicable	S / N
Síndrome de Down	S / N	Esclerosis	S / N	Enfermedad Venérea	S / N
Eczema	S / N	Miastenia Gravis		Usa lentes de contacto	S / N
Enfisema	S / N	Problemas nerviosos	S / N	Otro no listado:	S / N
Epilepsia	S / N	Cirugía a corazón abierto,	S / N	_____	
Temblores	S / N	Cuando? _____	S / N	_____	
Desmayo o Mareo	S / N	Marca Pasos	S / N	_____	

MUJER:

Está embarazada? SI/NO SI, Cuanto tiene? _____ Esta amamantando? SI/NO Toma contraceptivos? SI/NO

MEDICINAS:

Por favor anote todos los medicamentos que esté tomando _____

ALERGIAS:

Por favor circule si tiene alergia a lo siguiente: Codeína, Látex, Penicilina, Amoxicilina, Cipro, Clindamicina, Fluoruro, Tylenol #3, Augmentin, Anestesia Local, Eritromicina, Sulfa, Iodine, Ibuprofen/Motrin/Advil, Acetaminofen/Tylenol

Si no está listado, por favor anote cualquier otra alergia a medicamentos o comida: _____

Nombre de Paciente: _____ Fecha: _____

Firma: _____

Relación al paciente: Yo Mismo Padre Madre Otro: _____