

HISTORIAL DE SALUD

Por favor conteste las preguntas

Nombre _____ Edad _____

Recomendado por _____

Problema que tiene y duracion: _____

1. Esta en buena salud? _____

2. Esta o ha estado bajo tratamiento de un doctor en los ultimos dos años? _____
Fecha de su ultimo examen fisico _____

3. Ha sido hospitalizado? _____ Cuantas veces? _____
Razon _____ (indique sirugias y fechas) _____

4. Esta tomando o ha tomado medicamentos en el ultimo año? _____
Si esta tomado anote nombre de medicamento? _____

5. Es sensitivo o alergico a penicilina o a cualquier otro medicamento?
Por favor indique _____

6. Ha tenido enfermedades serias o condiciones como:

- | | |
|-------------------------------------|--|
| a) problema del corazon..... _____ | j) diabetes..... _____ |
| b) alta o baja presion..... _____ | k) anemia..... _____ |
| c) embolio..... _____ | l) hepatitis..... _____ |
| d) tuberculosis..... _____ | m) soplo en el corazon..... _____ |
| e) rinon, higado o pulmones.. _____ | n) emfisema..... _____ |
| f) artritis..... _____ | o) dolores de cabeza..... _____ |
| g) fiebre reumatica..... _____ | p) problema de sinus..... _____ |
| h) asma..... _____ | q) otro (por favor indique)..... _____ |
| I) epilepsia..... _____ | |

7. Problemas de desmayos o mareos?..... _____

8. Probemas de sangramiento?..... _____

9. Tratamiento psiquiatrico?..... _____

10. Heridas de la cara o quijadas?..... _____

11. Dificultad con anestesia local como novacain?..... _____

12. Entumecimiento o picazon en cualquier parte del cuerpo?..... _____

13. Ha recibido Radiacion o tratamiento quirurgico de un tumor o cualquier condicion de la cabeza, boca, labios, otra parte del cuerpo?..... _____

14. Mujeres: esta embarazada? _____ Cuantos meses? _____

15. Fuma? _____ Cuanto? _____

16. Bebe alcohol? _____ Cuanto? _____

Yo confirmo que es verdad el cuestionario de salud.

Firma: _____ Date: _____