



RURAL HEALTH, Inc.
We specialize in you

Dental/Medical History

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Por qué estas aquí hoy? _____

¿Tienes dolor o malestar en este momento?? _____ Sí No

En caso afirmativo, de qué tipo y dónde? _____

Usted ha estado bajo el cuidado de un médico durante los últimos dos años? Sí No

Nombre del médico: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

¿Toma medicamentos, drogas o pastillas? Sí No

Si es así, por favor enumera: _____

¿Está tomando anticoagulantes recetados (Coumadin, Warfarina, Plavix, etc.)? Sí No

Si es así, por favor enumera: _____

¿Está tomando o alguna vez ha tomado medicamentos para bajar de peso recetados, como Fen-Phen, etc.? Sí No

Si es así, por favor enumera: _____

¿Está tomando o alguna vez ha tomado medicamentos recetados para una condición de osteoporosis (o preventiva para esta condición) como los bisfosfonatos Fosamax o Boniva, o cualquier otro? Sí No

Si es así, por favor enumera _____

¿Sabe que es alérgico o que ha reaccionado mal a algún medicamento o sustancia? Sí No

Si es así, por favor enumera: _____

¿Alguna vez le han diagnosticado o tenido Lupus u otras enfermedades autoinmunes? Sí No

Si es así, por favor enumera: _____

¿Usas dos o más almohadas para dormir? Sí No

¿Usa productos de tabaco (fuma o mastica tabaco)? Sí No

¿Bebes bebidas alcohólicas? Sí No

¿Estas embarazada? No se aplica Sí No

If yes, when are you due? _____

Estas amamantando? No se aplica Sí No

¿Estás tomando pastillas anticonceptivas? No se aplica Sí No

Alguna vez has tenido (marca sí or no)?

Enfermedad cardíaca o ataque	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Articulaciones artificiales (cadera, rodilla, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Fobia dental	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Carrera	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Arteriosclerosis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Angina de pecho	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Úlceras	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cardiopatía congénita	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	SIDA	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Medicación de cortisona	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Herpes labial / Ampollas de fiebre / Herpes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
VIH positivo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Fiebre de heno	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Válvula cardíaca artificial	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Anemia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Marcapasos cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Cirugía de corazón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Memoria Pérdida	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Hepatitis B (suero)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Asma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Tos crónica	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Anticoagulantes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Hechizos desmayos o mareos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Dolor en las articulaciones de la mandíbula	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Artritis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Terapia de radiación	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Drogadicción	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Alergias o colmenas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Problemas tiroideos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Abuso de alcohol	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas sinusales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Hepatitis C	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Tratamiento Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Surgeries (Please List type and When):								

Entiendo que la información anterior es necesaria para proporcionar atención dental de manera segura y eficiente. He respondido todas las preguntas con sinceridad.

Firma del paciente o tutor : _____

Fecha: _____