



Historia Médica Para Pacientes Adultos

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del Dentista/Oficina: _____ Fecha de la cita: _____

Nombre de la persona: _____ Relación con el paciente: _____
que llena el formulario

Pago: ☐ Auto Pago ☐ Medicaid Su estado ID # _____

Teléfono: _____ Email: _____

Dirección de envío: _____

Médico Primario: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Médico Especialista: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Sexo:** ☐ Mujer ☐ Hombre

Actual estado de salud general: ☐ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ JUSTO ☐ POBRE

Altura: _____ feet _____ inches **Peso:** _____ lbs.

1. ¿Tiene alergias a fármacos, suplementos o al látex? ☐ SI ☐ NO
A qué eres alérgico?

Reacciones Rash URTICARIA EMERGENCIA habitación aparte

¿Usted sangra excesivamente después de un corte o cirugía? ☐ SI ☐ NO

3. ¿Ha tenido la anestesia general en el pasado? ☐ SI ☐ NO
Cualquier problema?

4. ¿Alguien en su familia ha tenido problemas con la anestesia general? ☐ SI ☐ NO
¿Qué problemas?

5. Lista de todos los medicamentos, drogas y suplementos que esté tomando ahora:

SOLO MUJERES

Algunos medicamentos anestésicos pueden dañar al feto.

¿Está embarazada ahora, o podría estar? [] SI [] NO

¿Está amamantando? [] SI [] NO

El último periodo menstrual: _____

¿Tiene o ha tenido alguna vez, cualquiera de las siguientes condiciones?

Enfermedades cardíacas	NO	SI	CUANDO	MEDICINA / TRATAMIENTO
soplo en el corazón	_____	_____	_____	_____
Alta presión sanguínea	_____	_____	_____	_____
Dolor de pecho	_____	_____	_____	_____
Ataque al corazón	_____	_____	_____	_____
Latido del corazón irregular	_____	_____	_____	_____
Otro problema en el corazón	_____	_____	_____	_____

Enfermedades pulmonares

Dificultad para respirar	_____	_____	_____	_____
El asma	_____	_____	_____	_____
El enfisema / Bronquitis	_____	_____	_____	_____
Apnea obstructiva del sueño	_____	_____	_____	_____
Otro problema pulmonar	_____	_____	_____	_____
fumador actual o en el pasado?	_____	_____	¿Cuántos paquetes / día? _____	Por cuántos años? _____

Otras condiciones

Diabetes	_____	_____	_____	_____
Enfermedad del riñón	_____	_____	_____	_____
enfermedad de la hepatitis / hígado	_____	_____	_____	_____
GERD / úlcera / hernia	_____	_____	_____	_____
Carrera	_____	_____	_____	_____
Trastorno convulsivo	_____	_____	_____	_____
condición psiquiátrica	_____	_____	_____	_____
uso de drogas recreativas	_____	_____	_____	_____
Cáncer	_____	_____	_____	_____
Problemas tiroideos	_____	_____	_____	_____
La osteoporosis	_____	_____	_____	_____
Musculares / problemas en las articulaciones	_____	_____	_____	_____

Por favor liste cualquier otra condiciones medicas:

Certifico que la información anterior es completa y exacta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que proporcionar información incompleta o incorrecta puede influir negativamente en mi tratamiento y los resultados del tratamiento. También certifico que Carepoint puede comunicar la información del paciente utilizando la información de contacto que aparece más arriba.

(O tutor legal) Firma del paciente

Fecha

Relación con el paciente, si el paciente no es legalmente capaz de dar su consentimiento: _____