HISTORIAL MÉDICO DEL(LA) PACIENTE

Please place a mark on "Yes" or "No" to indicate if you have had any of the following:

Si	No	
❑	❑	Alta Presión (High Blood Pressure)
❑	❑	Baja Presión (Low Blood Pressure)
❑	❑	Tobillos Hinchados (Swollen Ankles)
❑	❑	Fiebre Reumática (Rheumatic Fever)
❑	❑	Mareos (Fainting/Seizures)
❑	❑	Asma (Asthma)
❑	❑	Taquicardia (Heart Attack)
❑	❑	Epilepsia (Epilepsy/Seizures)
❑	❑	Leucemia (Leukemia)
❑	❑	Diabetes (Diabetes)
❑	❑	Mal del Riñón (Kidney Diseases)
❑	❑	Infección HIV o SIDA (AIDS / HIV infection)
❑	❑	Problemas de Tiroides (Thyroid Problem)
❑	❑	Tuberculosis (Tuberculosis)
❑	❑	Marcapasos (Cardiac Pacemaker)
❑	❑	Murmullo (Heart Murmur)
❑	❑	Angina (Angina)
❑	❑	Cansancio Frecuente (Frequently Tired)
❑	❑	Anemia (Anemia)
❑	❑	Enfisema (Emphysema)
❑	❑	Cáncer (Cancer)
❑	❑	Artritis (Arthritis/Rheumatism)
❑	❑	Implantes (Joint Replacement)
❑	❑	Hepatitis (Hepatitis/Jaundice)
❑	❑	Males Sexuales (Sexually Trans. Disease)
❑	❑	Úlceras (Stomach Troubles/Ulcers)
❑	❑	Dolores de Pecho (Chest Pains)
❑	❑	Poca Resistencia (Easily Winded)
❑	❑	Quimoterapia (Radiation/Chemo)
❑	❑	Glaucoma (Glaucoma)

Si	No	
❑	❑	Pérdida de Peso (Recent Weight Loss)
❑	❑	Mal de Hígado (Liver Disease)
❑	❑	Mal de Corazón (Heart Disease/Trouble)
❑	❑	Mal Pulmonar (Respiratory Problems)
❑	❑	Mal de Válvula Mitral (Mitral Valve Prolapse)
❑	❑	Sinusitis (Sinus Trouble)
❑	❑	Alergias (Hay Fever/Allergies)
❑	❑	Ataques (Stroke)

Preguntas sólo para mujeres (Women)

❑	❑	¿Está usted embarazada? (Are you pregnant?)
❑	❑	¿Está usted amamantando? (Breast-feeding?)
❑	❑	¿Está usando pastillas anticonceptiva? (Birth Control Pills?)

¿Es usted alérgico(a) a uno o más de los siguientes medicamentos? (Allergies)

Si	No	
❑	❑	Aspirina (Aspirin)
❑	❑	Anestesia Local (Local Anesthetic)
❑	❑	Barbitúricos (Barbituates)
❑	❑	Penicilina (Penicillin)
❑	❑	Codeína (Codeine)
❑	❑	Sulfra (Sulfa)
❑	❑	Iodina (Iodine)
❑	❑	Latex (Latex)
❑	❑	Sedantes (Sedatives)
❑	❑	Otros (others) _____

_____

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de Médico Regular (Name of Medical Doctor):_____

¿Está usted bajo tratamiento médico? (Are you currently under medical treatment?)_____

Si usted contestó sí, explique (If yes, what?)_____

¿Ha estado usted hospitalizado(a) por alguna razón mayor? (Have you ever been hospitalized for any surgical operation or serious illness?) _____ Si usted contestó sí, explique (If yes, what?)

_____

Haga una lista de los medicamentos que usted está tomando (List medications you are currently taking):_____

_____

Nombre su Farmacia (Pharmacy Name) _____

Teléfono de su Farmacia (Pharmacy Phone)_____

¿Usa Tabaco? (Do you use tobacco?)_____ ¿Usa Alcohol? (Do you use alcohol?)_____

¿Ha usted consumido cocaína u otro tipo de drogas? (Do you use cocaine or other drugs?)_____

Por medio de mi firma, doy testimonio de que comprendo la información que aparece arriba, de acuerdo a mi conocimiento, he contestado estas preguntas de la manera adecuada y honesta. De la misma manera, entiendo que proveer información que no sea verdadera, podría resultar en daños a mi salud.

X_____ (Paciente, Padre o Persona Responsable) Fecha:___/___/_____

Por favor, escriba el nombre del (la) paciente:_____

James J. Hur, D.D.S. 1402 36th Street, SW Wyoming, MI 49509 TEL (616) 534-3362