



9411 Avenue Ste P
El Paso, TX. 79907
Phone: 915 858 6868

MEDICAL HEALTH HISTORY

Nombre del paciente _____
 Persona Responsable _____
 Domicilio del paciente _____
 Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____
 Telefono _____ Trabajo _____
 Numero de celular _____
 Fecha de Nacimiento _____ Fecha de Resp. _____
 Sexo: F _____ M _____
 Recomendado a nuestra oficina por: Amigo _____
 Doctor _____ Paginas Amarillas Libro de Telefonos en español Volante Plan de AHCCCS _____

Empleo del paciente _____
 Empleo de Resp. _____
 Domicilio de empleo _____
 Seguro Social _____
 Asegurancia Dental _____
 # de Aseguranza _____
 # de Poliza _____
 Plan de Ahcccs _____ ID _____

- | | |
|--|----------------------|
| 1. Esta usted en el cuidado de un medico? _____
de Telefono _____ Porque _____ | Si No ← IMPORTANTE → |
| 2. Cuando fue su ultimo examen fisico completo? _____ | Si No |
| 3. Esta usted tomando medicina? _____ | Si No |
| 4. Es usted alergico(a) a algun medicamento o sustancia? _____ | Si No |
| 5. Tiene usted problemas con penicilina, antibioticos, anestesia local (Novacains) o algun otro medicamento? _____ | Si No |
| 6. Es usted sensitivo(a) a metales o hules? _____ | Si No |
| 7. Esta usted embarazada o sospecha que puede estar encinta? _____ | Si No |
| 8. Toma usted medicinas anticonseptivas? _____ | Si No |
| 9. A sido tratado o le han dicho que esta enfermo(a) del corazon? _____ | Si No |
| 10. Tiene usted un marcapasos o un implante de valvula artificial en el corazon? _____ | Si No ← IMPORTANTE → |
| 11. A tenido alguna vez fiebre reumatica? _____ | Si No |
| 12. Sabe usted si tiene murmullos del corazon? _____ | Si No |
| 13. Tiene usted alta o baja presion? _____ | Si No |
| 14. A tenido usted alguna vez una enfermedad seria o cirugia mayor? _____ | Si No |
| 15. A tenido convulsiones? _____ | Si No |
| 16. A tenido tratamiento de radiacion o quimioterapia para un tumor? _____ | Si No |
| 17. Tiene usted malestar, dolor o ruido de su mandibula? _____ | Si No |
| 18. Tiene usted enfermedades inflamatorias como artritis reumaticas? _____ | Si No |
| 19. Tiene usted articulaciones artificiales o protesis? _____ | Si No |
| 20. Tiene desordenes de la sangre, como anemia, leucemia, o hemofilia? _____ | Si No |
| 21. A sangrado usted excesivamente despues de una cortada o herida? _____ | Si No |
| 22. A recibido usted una transfusion de sangre? _____ | Si No |
| 23. Tiene usted problemas de estomago, riñones o del higado? _____ | Si No ← IMPORTANTE → |
| 24. Es usted diabetico? _____ | Si No |
| 25. Tiene usted asthma? _____ | Si No |
| 26. Es usted positivo(a) de VIH? _____ | Si No |
| 27. Tiene usted SIDA? _____ | Si No |
| 28. Tiene o a resultado positivo(a) al Hepatitis? _____ | Si No |
| 29. Tiene tuberculosis? _____ | Si No |
| 30. Mastica, fuma o usa cualquier forma de tabaco? _____ | Si No |
| 31. Consume usted bebidas alcoholicas? _____ | Si No ← IMPORTANTE → |
| 32. Hay alguna otra cosa que debemos saber acerca de su salud? _____ | Si No |

*YO AUTORIZO TRATAMIENTO Y USO DE OXIDO NITROSO, ANESTESIA, SEDATIVOS Y OTROS MEDICAMENTOS NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO DENTAL.

*ES REQUERIDO QUE LOS PADRES O GUARDIANES PERMANEZCAN EN LA SALA DE ESPERA DURANTE EL TRATAMIENTO DENTAL DE SU NIÑO.

Firma de paciente (padre o madre) _____ Fecha _____ Revisado por _____

Anote cualquier cambio desde la ultima historia medica _____

Firma de paciente (padre o madre) _____ Fecha _____ Revisado por _____