

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Apellido: _____		Primer nombre: _____ Segundo nombre _____	
Nombre Preferido: _____			
Fecha de nacimiento: / /		Género: _____ Género asignado al nacer: _____	
Nombre del padre/tutor de paciente pediátrico:		Relación al paciente:	
Dirección de correo electrónico:			
Teléfono de casa:		Teléfono móvil:	Teléfono del trabajo:
Dirección de domicilio:		Ciudad:	Estado: Código postal:
Contacto de Emergencia, Nombre:		Relación:	
Contacto de Emergencia, Teléfono:			
Utilicé una "X" para marcar sus respuestas a las siguientes preguntas.			
¿Ha tenido usted (el adulto) o el paciente (el niño)?			
<input type="checkbox"/> Tos que ha durado más de tres semanas		<input type="checkbox"/> Una tos que produce sangre	<input type="checkbox"/> Tuberculosis activa
Lleve este formulario a la recepcionista de inmediato si marco "Sí" en cualquiera de las preguntas			
HISTORIA DE SALUD MEDICA Y CIRUGIA DEL PACIENTE			
Marque la casilla frente a cualquier problema de salud o problema, que el paciente tenga ahora o haya tenido en el pasado:			
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Hepatitis (A,B,C) marque uno	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Sinusitis crónica	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Infección de transmisión sexual
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Vacunas	<input type="checkbox"/> Anemia Falciforme
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problemas de riñón	<input type="checkbox"/> Problema de tiroides
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Problemas de hígado	<input type="checkbox"/> Tabaco/Vapeo
<input type="checkbox"/> Problemas de la vejiga	<input type="checkbox"/> Desmayo	<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos	<input type="checkbox"/> Problemas de crecimiento	<input type="checkbox"/> Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Problemas de huesos o articulaciones	<input type="checkbox"/> Problemas auditivos	<input type="checkbox"/> Paperas	
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Problema del corazón	<input type="checkbox"/> Embarazo	
<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Soplo cardiaco	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	
Encierre en un círculo sus respuestas a las siguientes preguntas			
¿Estás embarazada o lactando?		Sí	No
¿Ha tenido alguna cirugía?		Sí	No
Si contesta sí, ¿cuándo y que tipo:			
¿El paciente ha sido hospitalizado alguna vez?		Sí	No
¿Cuándo y por qué:			
¿Alguna vez se le ha administrado al paciente anestesia general?		Sí	No
¿El paciente ha recibido alguna vez una transfusión de sangre?		Sí	No
¿El paciente experimenta sangrado excesivo cuando se corta?		Sí	No
¿Alguna vez un médico o dentista ha sugerido que el paciente tome antibióticos antes de acudir con ellos?		Sí	No
Si es así, explique por qué y proporcione el nombre del médico que hace esa recomendación.			
Nombre del médico:		teléfono:	
¿Tiene el paciente, alguna condición genética (heredada)?		Sí	No
En caso afirmativo, explique por favor:			

¿Tiene el paciente, alguna dificultad para hablar?	Sí	No
--	----	----

En caso afirmativo, explique por favor:

HISTORIA FAMILIAR DEL PACIENTE

¿Algún familiar a tenido los siguientes problemas?

Incluya a la madre (M), el padre (P), el hermano (HO), la hermana (HA), la abuela (ABA), el abuelo (ABO)

Marque la casilla frente a cualquier problema de salud que el paciente tenga ahora o haya tenido en el pasado:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> cáncer | <input type="checkbox"/> infarto de miocardio | <input type="checkbox"/> colesterol alto | <input type="checkbox"/> enfermedad de tiroides |
| <input type="checkbox"/> depresión _____ | <input type="checkbox"/> enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> alta presión sanguínea | <input type="checkbox"/> convulsiones | |

Enumere cualquier otro historial familiar importante que debamos conocer:

MEDICAMENTOS Y ALERGIAS

Utilice una "X" para marcar sus respuestas a las siguientes preguntas (Sí ¿ No¿)

¿El paciente está tomando actualmente algún medicamento recetado, vitaminas, suplementos y/o medicamentos de venta libre?
 Sí No

En caso afirmativo, indique aquí: _____

¿El paciente es alérgico a algún antibiótico (penicilina, analgésicos (acetaminophen, ibuprofeno, opioides) o cualquier otro medicamento?
 Sí No

En caso afirmativo, indique aquí: _____

¿Tiene el paciente otras alergias, como al látex, metal, al yodo, ciertos alimentos, animales, plantas, etc.?
 Sí No

Es caso afirmativo, describa la alergia y la reacción: _____

HISTORIA SOCIAL

Encierre en un círculo sus respuestas a las siguientes preguntas

¿Ha tenido más de un compañero(a) sexual este año?	Sí	No
--	----	----

#Hombres #Mujeres

¿Tuvo relaciones sexuales sin protección con su ultima pareja?	Sí	No
--	----	----

¿Ha tenido alguna enfermedad transmitida sexualmente?	Sí	No
---	----	----

¿Cuándo y que tipo:	Sí	No
---------------------	----	----

¿Qué método anticonceptivo está usando ahora?	Sí	No
---	----	----

¿Fuma cigarrillos?	Sí	No
--------------------	----	----

Si fuma, ¿cuántos paquetes al día: ¿Por cuánto tiempo ha fumado:		
---	--	--

¿Toma bebidas alcohólicas?	Sí	No
----------------------------	----	----

¿Cuántas bebidas al día: ¿A la semana: ¿Hace cuanto que toma:		
---	--	--

¿Ha tenido problemas con abuso de drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sí	No
---	----	----

¿Cuándo:		
----------	--	--

¿Ha usado, usted o su compañero, drogas intravenosas?	Sí	No
---	----	----

En el pasado año:		
-------------------	--	--

¿Frecuentamente hace dietas para subir or bajar de peso?	Sí	No
--	----	----

Si dice sí, ¿qué tan seguido:		
-------------------------------	--	--

¿Hace ejercicio regularmente?	Sí	No
-------------------------------	----	----

Si es así, ¿cómo: ¿Qué tan seguido:		
--	--	--

¿Ha sido usted abusado/a fisical, sexual o verbalmente por su compañero/a o familiar cercano?	Sí	No
---	----	----

Indique cualquier información importante que usted cree que es necesario que nosotros sepamos: _____

NOTA: Entiendo que es importante que tanto el proveedor como el paciente o su tutor hablen honestamente sobre la salud del paciente antes de que comience el tratamiento. He respondido a todas las preguntas anteriores de forma completa y precisa. Entiendo que el (los), proveedor (es) y su personal necesitan esta información para que el paciente reciba el tipo de atención adecuado. Declaro y garantizo que tengo pleno derecho y autoridad legal para dar mi consentimiento para la realización de cualquier procedimiento en este paciente. Si por alguna razón ya no tengo tal derecho y autoridad legal, notificaré inmediatamente Westside Family Health Center por escrito.

El proveedor y yo hemos hablado sobre cualquier pregunta que tuviera sobre este formulario.
No responsabilizar al dentista, ni a ningún otro miembro de su personal, por nada de lo que hicieron o no hicieron, debido a cualquier error que yo pudiera haber cometido al completar este formulario.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

PARA COMPLETAR POR EL PROVEEDOR MEDICO/DENTAL

Comments: _____

Office Use Only:

Medical Alert Premedication Allergies Anesthesia

Reviewed by: _____ Date: _____