

Apellido Primer Nombre Inicial



Macon County
Public Health

Fecha de Nacimiento

Historia Clínica de Servicios para Adultos

Preguntas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Si marco si, explique o lista	
? Está bajo el cuidado de un médico?			Nombre del Doctor:	
Ha tenido una cirugía mayor u hospitalizado?				
Ha tenido una lesión grave de la cabeza o el cuello?				
Toma medicamentos recetados?(Proporcione lista)				
Toma o ha tomado Phen-Fen o Redux?				
Alguna vez ha tomado Bifosfanatos?				
Hace una dieta especial?				
Usa Tabaco (fuma u otro)?			Tipo de tabaco: Cuantos?	
Usa sustancias controladas?				
Circule la alergia:			Mujeres: complete o circule lo aplicable:	
Aspirina	Penicilina	Codeina	Anestésicos locales	Embarazada – Fecha de parto: alto riesgo Si/No
Acrílico	Metales	Látex	Sulfa	Ginecólogo: amamantando Si/No
Lista de otras				Medicamentos de control de natalidad:

	S	N		S	N		S	N		S	N
SIDA?VIH positivo			Medicina de Cortisona			Hemofilia			Tratamiento de radiación		
Enfermedad de Alzheimer			Diabetes			Hepatitis A			Pérdida de peso reciente		
Anafilaxia			Adicción a las drogas			Hepatitis B o C			Dialisis renal		
Anemia			Sofocada fácilmente			Herpes			Fiebre Reumática		
Angina de pecho			Enfisema			Presión arterial alta			Reumatismo		
Artritis /gota			Epilepsia o Convulsiones			Colesterol alto			Escarlatina		
Válvula cardiaca artificial			Sangrado excesivo			Ronchas o sarpullidos			Culebrilla		
Articulación artificial			Sed excesiva			Hipoglucemia			Anemia de células falciformes		
Asma			Desmayos/mareos			Ritmo cardiaco anormal			Problemas de sinusitis		
Enfermedad de la Sangre			Tos frecuente			Problemas renales			Espina bífida		
Transfusión de sangre			Diarrea frecuente			Leucemia			Enfermedad del estomago		
Problemas respiratorios			Frecuentes dolor de cabeza			Enfermedad del hígado			Ataque cerebral		
Moretones			Herpes genital			Presión arterial baja			Hinchazón de las extremidades		
Cáncer			Glaucoma			Enfermedad pulmonar			Enfermedad de la tiroides		
Quimioterapia			Fiebre del heno			Prolapso de válvula mitral			Amigdalitis		
Dolores del pecho			Ataque al Corazón/insuficiencia			Osteoporosis			Tuberculosis		
Aftas/fiebre ampollas			Soplo cardiaco			Dolor en las articulaciones de la mandibula			Tumores/crecimientos		
Enfermedad cardiaca congénita			Marcapasos cardiaco			Enfermedad paratiroidea			Ulceras		
Convulsiones			Problemas/enfermedad del Corazón			Atención psiquiátrica			Enfermedades infecciosas de trasmisión sexual		
									Ictericia amarilla		

Ha tenido alguna enfermedad grave no mencionada en la lista? Si (o) No Comentarios:

Cirugía	Fecha	Doctor	Permiso para tratamiento Dental S/N

Al mejor de mi conocimiento, las preguntas de este formulario an sido contestadas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi(o del paciente) salud. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en la condición médica.

Firma del Paciente/Padre/ Guardián legal

Relación (Paciente, Padre, Guardián)

Fecha