**HISTORIAL MEDICO PARA EL PACIENTE DENTAL**

**Santa Ynez Tribal Health Clinic**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Por favor, conteste todas las siguientes preguntas. Si no está seguro de cómo responder a cualquier pregunta, por favor pregunte al personal de la oficina para asistencia .** | | | | | | | | | | | | | | | | | | Chart #: | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Paciente: |  | | | | | | | | | | | | | | Fecha de nacimiento: | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cual es el nombre de su doctor? | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Por favor liste los medicamentos que toma? | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Es alergico/a a alguna medicina? | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PLEASE CHECK:** | | | | | | | | | | | | **Sí** | | **No** | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | | | | | | | | | |
| 1. Está tomando diluyentes de sangre ? | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | | | | | | | | | |
| 2. Está tomando medicamento para la presion ? | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | | | | | | | | | |
| 3. Esta tomando medicina para el corazon? | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | | | | | | | | | |
| 4. Esta tomando recambio de calico? | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | | | | | | | | | |
| 5. Esta tomando algun otro medicamento? | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | | | | | | | | | |
| 6. Es alergico a latex? | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Actualmente tiene, o ha tenido alguna vez , cualquiera de los siguientes?*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **POR FAVOR, COMPRUEBE:** | **Sí** | **No** |  | **POR FAVOR, COMPRUEBE:** | **Sí** | **No** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Ataque al Corazon | | | | | | |  | |  | |  | | 16. Hepatitis | | | | | | | | |  | |  | |
| 2. Sopió cardiaco | | | | | | |  | |  | |  | | 17. VIH/Sida | | | | | | | | |  | |  | |
| 3. Valvula del Corazon | | | | | | |  | |  | |  | | 18. Enfermedades transmitidas sexulmente | | | | | | | | |  | |  | |
| 4. Stent Corazón | | | | | | |  | |  | |  | | 19. Problemas del higado | | | | | | | | |  | |  | |
| 5. Alguna condicion cardiaca | | | | | | |  | |  | |  | | 20. Problemas de los riñones | | | | | | | | |  | |  | |
| 6. Artificial conjunta / reemplazo | | | | | | |  | |  | |  | | 21. Asma | | | | | | | | |  | |  | |
| 7. Embolio | | | | | | |  | |  | |  | | 22. Sinusitis | | | | | | | | |  | |  | |
| 8. Alta Presion | | | | | | |  | |  | |  | | 23. Desorden Mental | | | | | | | | |  | |  | |
| 9. Fiebre Reumatica | | | | | | |  | |  | |  | | 24. Anemia | | | | | | | | |  | |  | |
| 10. Epilepsia | | | | | | |  | |  | |  | | 25. Ulcera | | | | | | | | |  | |  | |
| 11. Transfusion de sangre | | | | | | |  | |  | |  | | 26. Tuberculosis | | | | | | | | |  | |  | |
| 12. Cancer/Tumores | | | | | | |  | |  | |  | | 27. Uso de drogas | | | | | | | | |  | |  | |
| 13. Reaccion a la anesthesia | | | | | | |  | |  | |  | | 28. Uso de alcohol | | | | | | | | |  | |  | |
| 14. Desorderes de sangre | | | | | | |  | |  | |  | | 29. Uso de tabacco | | | | | | | | |  | |  | |
| 15. Diabetes | | | | | | |  | |  | |  | | Quisiera parar? | | | | | | | | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PACIENTES FEMENINAS SOLAMENTE:** | | | | **TODOS LOS PACIENTES:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Esta actualmente: | | Sí | No | | | Tiene alguna otra condición, los problemas no listadas? | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
| 1. Esta embarazada? | |  |  | | | En caso afirmativo, por favor especifique: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 2. Esta tomando pastillas anticonceptivas? | |  |  | | | Tiene alguna preocupación acerca de recibir tratamiento dental ? | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |
| 3. Dando Pecho? | |  |  | | | En caso afirmativo, por favor especifique: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *STAFF USE ONLY* | | | | | **Las respuestas que he dado son verdaderas a lo mejor de mi conocimiento. Indico mi consentimiento para los procedimientos dentales de rutina, tales como radiografías , limpieza , empastes , coronas y anestesia local mediante la firma de abajo.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Place stamp here | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | | **FIRMAS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | Paciente: | | | | |  | | | | | | | | Fecha: |  | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | Doctor: | | | | |  | | | | | | | | Fecha: |  | | | | | | |