**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: |       |