

Premier Community HealthCare Group, Inc.  
Departamento Dental

HISTORIAL DE SALUD

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

RELACIÓN: \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen: \_\_\_\_\_

1. ¿Está usted bajo tratamiento médico actualmente?      \_\_\_ Sí    \_\_\_ No

2. ¿Ha estado hospitalizado(a) por enfermedad o cirugía?      \_\_\_ Sí    \_\_\_ No

3. ¿Está tomando medicamento(s) actualmente?      \_\_\_ Sí    \_\_\_ No

Si contesta "sí" a alguna de las preguntas, por favor explique: \_\_\_\_\_

**¿PADECE USTED O HA PADECIDO DE LO SIGUIENTE?**

___ Alta Presión	___ Dolor de pecho	___ Anemia
___ Baja Presión	___ Tobillos hinchados	___ Leucemia
___ Marcapaso	___ Enfermedad de los riñones	___ Sangramiento
___ Latido cardíaco irregular	___ Artritis	___ Problemas de Tiroides
___ Soplo cardíaco	___ Cáncer	___ VIH/SIDA
___ Tuberculosis (TB)	___ Derrame cerebral	___ Diabetes
___ Fiebre reumática	___ Hepatitis/Ictericia	___ Úlcera estomacal
___ Ataque del corazón	___ Hemofilia	___ Enfermedad hepática
___ Enfermedad del corazón	___ Angina	___ Terapia de radiación
___ Reemplazo de articulación	___ Enfermedad sexual	___ Quimioterapia
___ Asma/Enfisema	___ Convulsiones	
___ Último ataque _____	___ Última convulsión _____	

Por favor mencione cualquier otro problema médico que no haya sido mencionado arriba.

Por favor mencione si es alérgico(a) o ha tenido alguna reacción a algo: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE SALUD – PÁGINA 2**

¿Usa usted lentes de contacto?  Sí  No

¿Usa usted tabaco?  Sí  No Si usa tabaco, marque todos los que apliquen:  
 mástico tabaco  rapé  pipa  
 fumo cigarros  cigarrillos (cajas por día: )

¿Cuántos años ha estado usando tabaco?  Si dejó de fumar, ¿cuándo lo hizo? .

¿Usa marihuana u otras drogas socialmente?  Sí  No Si usa, ¿cuán a menudo?

¿Usa alcohol?  Sí  No En una semana, ¿cuánto usa?  cerveza  vino  licor

---

**PARA SER COMPLETADO POR MUJERES SOLAMENTE**

---

\* ¿Está usted embarazada o cree estar embarazada?  Sí  No

\* ¿Está usted amamantando a su hijo(a)?  Sí  No

\* ¿Está tomando pastillas para evitar un embarazo?  Sí  No

\* ¿Tiene problemas con su ciclo menstrual o con su embarazo (si está embarazada)?  Sí  No

Si tiene problemas, por favor explique:

---

**HISTORIAL DENTAL**

¿Cuando fué su última visita al dentista y qué le hicieron? .

¿Tiene usted dolor ahora?  Sí  No

Si tiene dolor, por favor explique dónde tiene el dolor, qué tan fuerte es y por cuánto tiempo lo ha tenido?

Comentarios que quiere usted compartir con el dentista o sus empleados:

---

**FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIÁN**